

Investigación del perfil de los pacientes del Servicio de Trabajo Social en el Centro de Salud Arrabal, de Octubre a Diciembre del 2011.



DIRECTORA: M^a Luisa Gracia Pérez

ALUMNA: Mercedes Mariscal Manrique

Zaragoza, a 15 de junio del 2012

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. Presentación General.....	4
1.2. Justificación del Trabajo.....	4
1.3. Tema y Objeto del Trabajo.....	5
1.4. Estructura del Trabajo.....	6
1.5. Agradecimientos.....	7
2. CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN.....	8
2.1. Servicio Aragonés de Salud.....	8
2.2. Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria.....	17
2.3. Fundamentos Jurídicos y Normativos del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria.....	25
3. CONTEXTO GEOGRÁFICO, POLÍTICO O SOCIAL DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....	29
4. OBJETIVOS.....	38
4.1. Generales y Específicos.....	38
5. METODOLOGÍA EMPLEADA.....	40
5.1. Tipos de Investigación.....	40
5.2. Etapas del Estudio.....	41
5.3. Técnicas e Instrumentos Empleadas.....	42
5.4. Objeto de Estudio, Población/Universo.....	43
5.5. Sistematización de los Datos Obtenidos.....	43
5.6. Análisis de Datos: Descripción de la Muestra, Metodología del Análisis.....	44
5.7. Sistema de Citas y Referencias Bibliográficas Empleados.....	46

6. CAPÍTULOS DE DESARROLLO.....	47
6.1. Descripción de los Resultados.	47
6.2. Comparación con los Resultados de Otros Trabajos.	57
6.3. Análisis e Interpretación de los Resultados.	69
7. CONCLUSIONES.....	80
7.1. Evaluación de los Objetivos.	80
7.2. Valoración Personal y General de la Investigación.	82
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
8.1. Documentación.....	86
8.2. Web-grafía	87
8.3. Legislación.	87
9. ANEXOS.....	89
9.1. Apendice de gráficas.	89
9.2. Apéndice de tablas.	90
9.3. Tablas Complementarias.	92

1.INTRODUCCIÓN.

1.1. Presentación General.

“Son muchos los autores que se plantean cuestiones acerca de la necesidad de desarrollar investigaciones en el ámbito del Trabajo Social, sobre cuál es su utilidad, quien debe investigar y sobre que investigar” (P. Lievre: 1998, 9; L. Gaitán: 1993, 66).

Los agentes de intervención social en su actuación sobre la realidad social tratan de lograr un desarrollo, cambio o mejora de determinadas situaciones de exclusión o marginación que ciertos colectivos sufren en nuestra sociedad. Con ello, se procura facilitar su integración social o su participación activa en la misma. Sin embargo, dicho fin se concibe complejo y difícil de alcanzar si no se conocen las problemáticas que vulneran a dicha población y si no se tienen conciencia de las mismas, previo a la intervención desde el Trabajo Social.

En definitiva, la investigación en Trabajo Social es "un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene como objetivo analizar los aspectos de la realidad social con una expresa finalidad práctica, con el propósito de modificación y transformación de una situación problemática" (Arantxa Rodríguez 1997: 140).

El presente documento es una investigación propia de las Ciencias Sociales Aplicadas que pretende realizar un análisis de la problemática socio-sanitaria observada desde el Servicio de Trabajo Social del Centro de Salud en el barrio Arrabal, con la finalidad de conocer las características y el perfil de las personas que acuden al mismo durante los meses de octubre a diciembre del año 2011.

1.2. Justificación del Trabajo.

La motivación principal del desarrollo del trabajo que a continuación se presenta, consiste en la sistematización de una experiencia de intervención profesional de Trabajo Social, derivada de la actividad desarrollada en el

periodo de prácticas del Prácticum de Intervención de octubre a enero del 2011.

Se ha escogido este tema para el trabajo académico de Fin de Grado de Trabajo Social, por un trabajo innovador y de actualidad en el ámbito de Trabajo Social sanitario en el Centro de Salud Arrabal, ya que hoy en día no se conoce ningún documento que trate de clasificar las problemáticas socio-sanitarias de este barrio en concreto. En definitiva, pretende aproximarse a la sistematización de la información de casos individuales, familiares, grupales; poner de manifiesto la necesidad de elaborar screening que sean una herramienta en la planificación socio-sanitaria, en la detección de casos, asignación de recursos, definición de estrategias, etc..

Del mismo modo, se pretende que sea de utilidad y sirva como medio para contribuir a la mejora de la práctica de la profesión de Trabajo Social a modo de ampliar su base de conocimiento, que dé lugar a nuevas nociones y conceptos, así como favorecer a la ampliación y elaboración de trabajos y estudios de datos estadísticos en relación a la temática.

Asimismo, intentando ser un trabajo con reconocimiento desde la categoría científica y de rango académico para la disciplina de Trabajo Social.

Finalmente, desde el Barrio, se intenta dar a conocer las características socio-sanitarias y económicas más representativas y relevantes, con la necesidad y finalidad de detectar y tratar las problemáticas predominantes, desde la prevención y la intervención en niveles de eficiencia y de calidad, respecto a los recursos y capacidades que se posee desde la Atención Primaria en Salud.

1.3. Tema y Objeto del Trabajo.

La investigación que se plantea en los siguientes apartados, tiene como objeto conocer las características y el perfil de las personas que acuden al servicio de Trabajo Social en el Centro de Salud Arrabal, perteneciente al Sector Sanitario I, durante los meses de octubre a diciembre del 2011.

El documento que se presenta, trata de determinar y explicar de forma clara y concisa las líneas que definen las características más relevantes de los pacientes que acuden al Servicio de Trabajo social en Atención Primaria del Centro de Salud Arrabal, como son el sexo, edad, origen, convivencia, tipo de demanda, aspectos clínicos y personales, etc., intentando que sirva como referencia y representación de las particularidades socio-demográficas del barrio.

Nace de la reflexión, la profundización y la sistematización de la práctica profesional del Trabajo Social en Atención Primaria. Entendido como un documento abierto a las aportaciones del conjunto de profesionales, y vivo, sujeto a los cambios que se irán produciendo en la evolución de la actuación en Atención Primaria y a las demandas de la sociedad.

1.4. Estructura del Trabajo.

El presente documento se estructura de tal manera, que pretende ir de lo más general a lo más específico, comenzando con un marco teórico a partir del análisis bibliográfico sobre el Sistema aragonés de Salud, el Trabajo Social sanitario en Atención Primaria y fundamentos jurídicos y normativos del Trabajo social en el ámbito sanitario.

Posteriormente, se plasma una serie de datos, gráficas y tablas a partir de un análisis estadístico, a modo de contextualizar las características socio-demográficas y económicas de la zona donde se ubica la investigación social.

Consecutivamente, se exponen el planteamiento y diseño de lo que se quiere llegar a conseguir con este trabajo, a partir de los objetivos planteados y la metodología a seguir para la consecución de los mismos.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de toda la investigación, así como la comparación con otras investigaciones de la misma índole

Y finalmente, se explican las conclusiones a las que se han llegado con la realización de la investigación, incluyendo una valoración del alcance de los objetivos y una valoración personal general de los resultados obtenidos. Por último, se añade dos apartados, uno de bibliografía empleada y anexos.

1.5. Agradecimientos.

Se agradece la colaboración prestada en la revisión de este documento a M^a Luisa Gracia Pérez de la Universidad de Zaragoza, del departamento Psicología y Sociología, área de Trabajo Social Y Servicios Sociales, como directora del trabajo de investigación final del Grado de Trabajo social.

Asimismo, se agradece la ayuda aportada en la contribución de información y datos acerca del Centro Sanitario Arrabal a Marisa Juan German, Trabajadora Social del Centro Sanitario Barrio Arrabal.

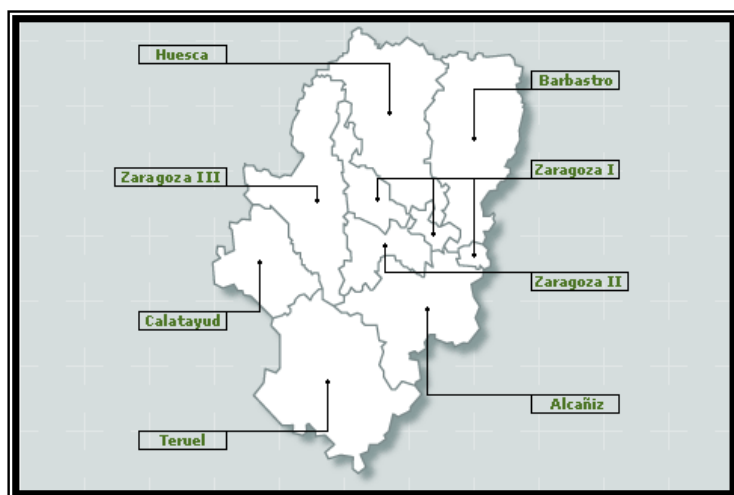
Y por último, se agradece el apoyo prestado a Marcos Andrés Efrén, alumno de Grado de Trabajo Social, en la aportación de los datos del Centro de Salud Bombarda-Monsalud y en la realización de la comparación de los resultados obtenidos de las dos investigaciones de ambos barrios.

2.CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN.

2.1. Servicio Aragonés de Salud.

Según la LEY 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, El *Sistema de Salud de Aragón es el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias de la Comunidad Autónoma, cuyo objetivo último es la mejora del nivel de salud, tanto individual como colectiva, su mantenimiento y recuperación a través de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y la rehabilitación e integración social.*

ILUSTRACIÓN 1: Mapa Sectores Sanitarios.



FUENTE: Sistema Aragonés de Salud

En lo que respecta a la estructura, el modelo de sistema aragonés de salud definido en la Ley 6/2002, de 15 de Abril, de Salud de Aragón y en el Decreto 207/2003, de 22 de Julio por el que se modifica el Mapa Sanitario de Aragón estructura la atención sanitaria en torno a ocho sectores.

Actualmente, el Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, por el que se regula la organización y el funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón en el Servicio Aragonés de Salud. Cada Área de Salud, se responsabiliza de la gestión unitaria de los centros del Servicio Aragonés de Salud y de los programas y prestaciones sanitarias que deben desarrollar, el Sector Sanitario constituye la organización administrativa de carácter instrumental en cada Área de Salud, para la provisión de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón.

En cada uno de los sectores se integran los diferentes dispositivos asistenciales de Atención primaria, Atención especializada, Salud Mental y

Socio-sanitario, además de la existencia de un Centro Coordinador de Urgencias (061) para todo el territorio.

Territorialmente, en la provincia de Huesca se distinguen los Sectores de Huesca y Barbastro. En la provincia de Teruel, los sectores de Teruel y Alcañiz. Y en la provincia de Zaragoza los Sectores de Calatayud, Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III.

Concretamente, el Sector Sanitario Zaragoza I, tiene una población de 188.539 habitantes, de los cuales 94 831 son varones y 93 708 mujeres. El 15,1% de la población es menor de 15 años; el 12,8%, mayor de 65 años; y el 3,4%, mayor de 80 años.

El Sector Sanitario de Zaragoza I corresponde a la zona nororiental de la provincia y margen izquierda de la ciudad de Zaragoza e incluye 13 zonas de salud, cada una de las cuales está dotada de su correspondiente centro de salud y de los consultorios locales necesarios para la prestación de una asistencia sanitaria primaria adecuada a las necesidades de salud de la población y a las características socio demográficas de cada zona de salud.

Las 13 Zonas de Salud serían: Alfajarín, Bujaraloz, Luna, Villamayor, Zuera, y las de Zaragoza de Actur Norte, Actur Oeste, Actur Sur, Arrabal, Avenida Cataluña, Santa Isabel y Zalfonada.

Asimismo, se incluye los centros que continuación se detallan:

ILUSTRACIÓN 2: Sector Sanitario 1.



FUENTE: Sistema Aragonés de Salud

- o **ATENCIÓN ESPECIALIZADA (CENTROS DE ESPECIALIDADES):** C.M.E. Grande Covián.
- o **ATENCIÓN ESPECIALIZADA (HOSPITALES):** Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova.
- o **SALUD MENTAL:** Unidad de Salud Mental Actur Sur, Unidad de Salud Mental Hospital Royo Villanova, Unidad de Salud Mental Hospital Nuestra Señora de Gracia, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Actur Sur y Centro de Promoción de la Salud Mental.

a) Planteamiento Ideológicos o Filosóficos

Según el Servicio Aragonés de la salud, *Ley 6/2002*, de 15 de abril, de *Salud de Aragón*, los planteamientos ideológicos por los que se basa su actuación e intervención son los siguientes:

Misión de la organización: Mantener y mejorar la salud de la población en Aragón, actuando sobre determinantes de salud mediante la promoción de estilos de vida y entornos saludables, favoreciendo la equidad, disminuyendo las desigualdades en salud y respondiendo ante las situaciones de crisis.

Visión de la organización: Una organización de referencia, reconocida como imprescindible, cuyo centro de interés son las personas, con profesionales implicados y competentes, y con los medios adecuados, visibles y presentes para los ciudadanos y las políticas de salud.

Valores de la organización:

- Equidad y solidaridad: todas las personas sin discriminación tiene derecho a la protección de su salud y acceso a las actuaciones de Salud Pública.
- Respeto: cordialidad en las relaciones interpersonales y actitud servicio a la ciudadanía.

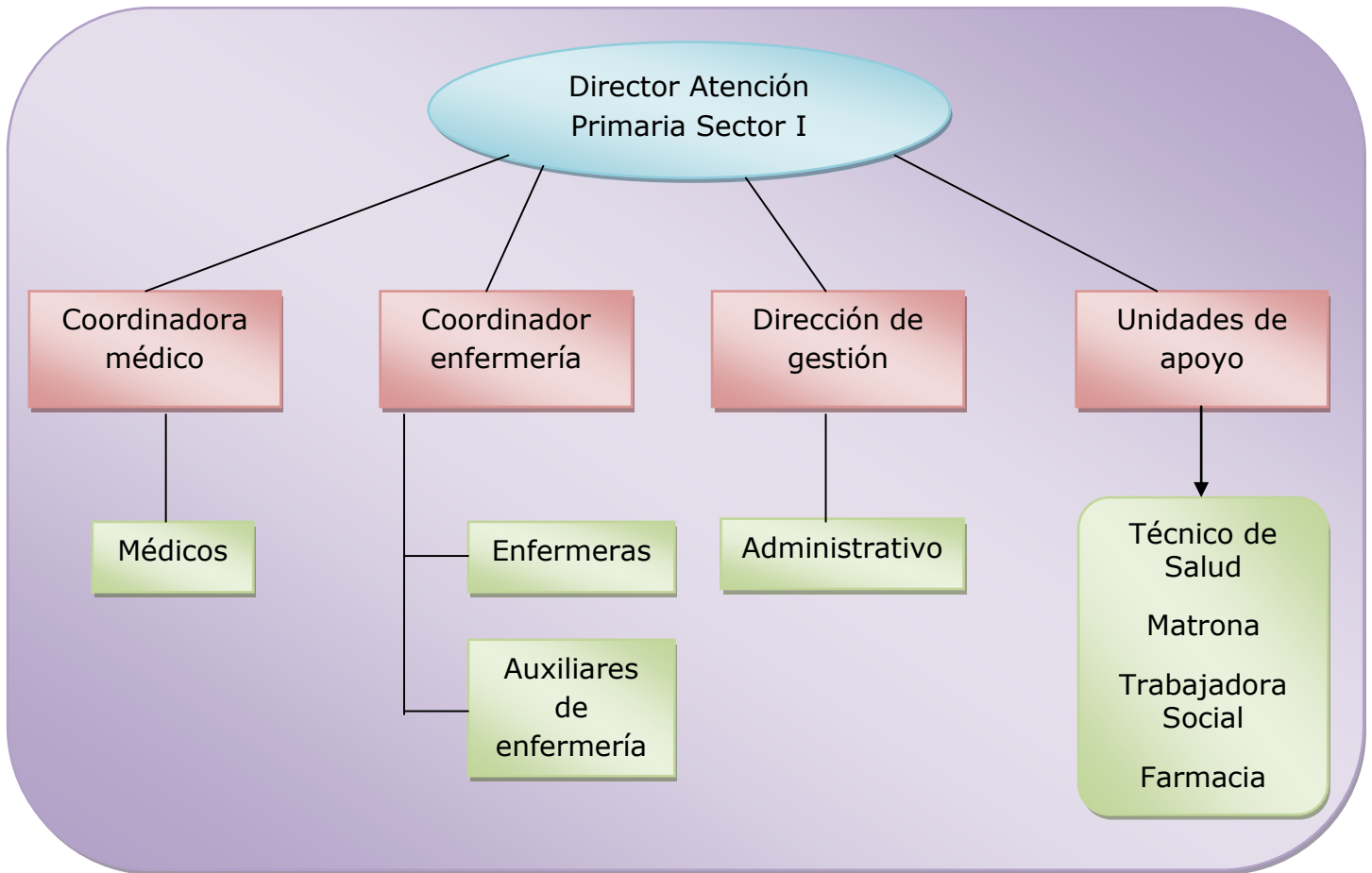
- Participación: las actuaciones se llevan a cabo contando tanto con los propios trabajadores como con la comunidad asumiendo la salud pública como una responsabilidad social.
- Efectividad y eficiencia: las actuaciones son resolutivas, ágiles y adecuadas a los recursos.
- Competencia: capacitación de los profesionales, actualización y aprendizaje continuo que proporcionan calidad a las intervenciones.
- Innovación y creatividad: desarrollando nuevas maneras de enfocar y resolver los problemas de salud.
- Acercamiento: en la información y comunicación con la población, facilitando la accesibilidad de los servicios.

b) Objetivos de la Atención Primaria

El objetivo principal es proporcionar una atención sanitaria excelente, de acuerdo con las necesidades y expectativas de los ciudadanos, directrices marcadas en el Plan de Salud y a los recursos disponibles.

Desarrollando funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia, en coordinación con la atención especializada.

El propósito consiste en mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud, con apoyo continuo y sistemático de la consulta médica y odontológica programada, y con todas las prestaciones incluidas en los Programas de Salud, coordinando intra y extra sectorialmente en pos del bienestar comunitario. Es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad y de atención de las personas y el conjunto social.

c) Estructura Organizativa Centro de Salud en Atención Primariad) Actuaciones

Según la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en el artículo 30, expone: *El Sistema de Salud de Aragón, mediante los recursos y medios de que dispone, llevará a cabo actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria.*

En lo que respecta a la atención integral de la salud: atención a las urgencias y emergencias sanitarias; atención temprana; atención socio-sanitaria en coordinación con los servicios sociales; atención, promoción, protección y mejora de la salud mental; promoción y protección de la salud bucodental; prestación de los productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares necesarios para la promoción de la salud y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad; etc.

Los servicios con los que cuenta los centros de salud están publicados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.¹

La cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón, es *un conjunto de actividades, procedimientos, técnicas y tecnologías que se agrupan y organizan en las líneas asistenciales de atención primaria, atención especializada, atención a la salud mental, atención a pacientes crónicos dependientes, atención a la urgencia y emergencia y salud pública.*

Su objetivo fundamental es el establecimiento de un catálogo de prestación de servicios relacionados con los problemas de salud. Así como, responder a necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria, y que favorecen el desarrollo de la Atención Primaria.

En el Catalogo se incluye actividades promoción, prevención, curación y seguimiento de determinados problemas de salud en la población, sustentando en los programas o protocolos implantados en los sectores de Salud de Atención Primaria. Está compuesta por los siguientes servicios y prestaciones²:

- *Servicios comunes a todas las líneas asistenciales.*
- *Atención sanitaria a demanda, concertada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.*
- *Indicación o prescripción y, en su caso, realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.*
- *Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.*
- *Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.*

¹ Cartera de Servicios de Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa. 2001, Madrid.

² Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de Aragón. Mayo 2010

- Rehabilitación básica.
- Atención y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- Atención paliativa a enfermos terminales.
- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada.
- Atención a la salud bucodental.

Este es un proceso dinámico, cuya revisión continua permite la inclusión de nuevos servicios o la mejora de los existentes. De una forma más concreta, actualmente, la Cartera de Servicios de Atención Primaria incluye los siguientes servicios:

- Atención al niño.

LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	
ATENCIÓN AL NIÑO	Consulta Niños
	Vacunaciones infantiles de 0-14 años
	Revisión del Niño Sano, 014 años
	Educación para la Salud en Centros Educativos
	Prevención de la Caries Infantil
	Atención al niño asmático.

- Atención a la mujer.

LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	
ATENCIÓN A LA MUJER	Captación y Valoración de la Mujer Embarazada
	Seguimiento de la Mujer Embarazada
	Preparación al Parto
	Visita en el Primer Mes de Postparto
	Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos
	Vacunación de la Rubéola
	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cerviz, Cáncer de Endometrio, Cáncer de Mama.
	Atención a la Mujer en el Climaterio

- Atención al Adulto y Anciano

LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	
ATENCIÓN AL ADULTO Y ANCIANO	Consulta Adultos
	Vacunación de la Gripe a mayores de 65 años y grupos de riesgo, Vacunación Tétanos, Vacunación Hepatitis B a grupos de Riesgo.
	Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensión Arterial, Diabetes, EPOC, Obesidad, Hipercolesterolemia.
	Atención a Pacientes con VIH-SIDA
	Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Crónicos: Diabetes
	Educación para la Salud a Otros Grupos
	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados
	Atención a Pacientes Terminales
	Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol
	Prevención y Detección de Problemas en el Anciano
	Cirugía Menor en Atención Primaria
	Atención al paciente en tratamiento anticoagulante oral
	Atención al paciente con dependencia al tabaco
	Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos

e) Financiación y Presupuestos

Según la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en el artículo 12.1 argumenta: *"La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos"*

Del mismo modo, Según la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, el Sistema de Salud de Aragón se financiará fundamentalmente con cargo a:

- Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Comunidad Autónoma de Aragón en los presupuestos del Estado afectos a servicios y prestaciones sanitarias.
- Los rendimientos obtenidos de los tributos cedidos total o parcialmente por el Estado a la Comunidad Autónoma de Aragón para fines sanitarios.

- Los recursos que le sean asignados con cargo a los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Asimismo, constituyen fuentes de financiación del Sistema de Salud:

- Las aportaciones que deban realizar las corporaciones locales con cargo a su presupuesto.
- Los rendimientos de los bienes y derechos propios y de los que tenga adscritos.
- Las subvenciones, donaciones y aportaciones voluntarias de entidades y particulares.
- Las tasas por la prestación de determinados servicios.
- Los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a percibir, a tenor de las disposiciones vigentes, de los convenios interadministrativos que pudieran suscribirse para la atención sanitaria, así como cualquier otro recurso que pudiese ser atribuido o asignado.

En las tarifas de precios que se establezcan para los casos en que el Sistema de Salud de Aragón tenga derecho al reembolso de los gastos efectuados, se tendrán en cuenta los costes efectivos de los servicios prestados.

2.2. Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria.

Partimos de la concepción de *Trabajo Social* como una disciplina profesional que forma parte del campo sanitario desde principios de S.XX (Dr. Cabot, Massachussets 1905), y que ha sido definida en el campo de la salud como:

"La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquéllas" (Ituarte Tellaeché, A., 2001: 23).

La reforma sanitaria iniciada en nuestro país a partir de 1984 introdujo a los trabajadores sociales en el campo de la atención primaria en salud. Esta profesión mantiene una larga relación con la medicina, que se remonta a principios del siglo veinte, y se produce como resultado de un proceso de mayor sensibilidad de la medicina hacia los problemas sociales.

La idoneidad del Trabajo Social para hacer operativo el abordaje de los factores sociales que inciden en el proceso salud- enfermedad tiene que ver con el foco dual de la disciplina que se centra tanto en el individuo y la familia como en la interacción del ser humano con el entorno (M^a Concepción, 2009).³

El Trabajo Social Sanitario es una especialización del Trabajo Social ejercido en el sistema sanitario, ya sea en atención primaria, especializada o socio-sanitaria.

Esta disciplina tiene como objetivo la atención de los aspectos psicosociales de la persona enferma en el momento en que su enfermedad está siendo tratada médicamente, o una vez finalizado el tratamiento, y se requiere un seguimiento. Teniendo presente en todo momento, los aspectos que influyen en la persona, como son su entorno, su familia, empleo, ingresos, vivienda, etc.

³ M^a Concepción Abreu Velázquez. "El Trabajo Social Sanitario en la Atención Primaria de Salud". Vol. 3, n2 – Sep. 2009.

Intentando que la mayoría de las personas y sus familias, resuelvan por sí mismas, solas o con los suyos, los desajustes ocurridos a la vivencia de la enfermedad (autonomía personal). Promoviendo los recursos internos de las personas, para que ellas mismas transformen las situaciones y superen las circunstancias desfavorables, relacionadas con la presencia de la enfermedad (Dolors Colom, 2010)⁴.

Asimismo, el trabajo social sanitario se diferencia de otros ámbitos del trabajo social, por tener procedimientos específicos avalados por investigaciones y estudios específicos, como pueden ser los estadios del desarrollo humano (infancia, juventud, adultos, matrimonio, familia, vejez, muerte, etc.), trastornos psicosociales (emocionales, depresión, ansiedad, drogadicción, salud mental, psico-sexualidad, etc.), trastornos físicos (artritis, ceguera, cáncer, sordera, diabetes, epilepsia, etc.), factores socioculturales (etnia, clase económica, valores, religión, etc.), circunstancias que presentan problemas psicosociales (aborto, abusos, divorcios, incesto, violación, suicidio, etc.).

a) Objetivos del Trabajo Social en el Ámbito Sanitario:

El objetivo principal del Trabajo Social Sanitario es proporcionar una atención sanitaria excelente de acuerdo a las necesidades y expectativas de los/las ciudadanos/as, a las directrices marcadas en el Plan de Salud y a los recursos disponibles. De forma más concreta:

- *Asistencial*, atendiendo las demandas de los usuarios.
- *Prevención* de la aparición de conflictos y/o problemas psicosociales interviniendo precozmente sobre las situaciones que producen desigualdad o pérdida de la salud o del bienestar del individuo, grupo o comunidad.

⁴ Dolors Colom Masfret. "El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario". Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS). Junio 2010

- *Promoción* de la creación de servicios y recursos para el fomento del Bienestar Social, concretamente en el plano de la salud.
- *Educación* para la salud, intentando un cambio de conductas peligrosas de los usuarios.
- *Rehabilitador*, asegurando que todo el paciente pueda lograr el uso máximo de su potencialidad.

b) Funciones que Desarrolla el Trabajador Social⁵

- *Asistencial*: Orientación, apoyo y asesoramiento a familias, individuos y grupos. Información al usuario de los derechos y deberes respecto a su salud y asistencia sanitaria. Información sobre prestaciones, acceso y utilización de los recursos sanitarios y sociales existentes. Colaboración con el resto de profesionales en la detección de familias de riesgo, analizando los factores sociales que inciden en el proceso de salud. Potenciación de los recursos personales del individuo y su familia, fomentando la auto-responsabilidad en la resolución de su problema.
- *Educativa*: Se pretende una modificación de hábitos, comportamientos, actitudes. Movilización de recursos personales e institucionales. Realización de actividades educativas dirigidas a auto-responsabilizar al usuario en su cuidado.
- *Preventiva*: Realización de actividades encaminadas a disminuir los riesgos de enfermar o las consecuencias que se pueden derivar de la enfermedad. Conocimiento y análisis de los factores sociales que inciden la salud de la población.
- *Promocional*: Proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Refuerzo de la acción comunitaria, impulsando una mayor participación de la comunidad en programas concretos de Educación para la Salud.

⁵ Cruz Videgain Mas y A. Ituarte Tellaeche. *El Trabajador Social en Atención Primaria*. Volumen 3. Numero 6. junio-julio 1995.

- *Docente*: Participar en las unidades docentes del área, aportando aspectos psicosociales y de participación comunitaria.
- *Investigadora*: Explorar las causas o factores psicosociales que tienen mayor relación en el proceso de salud enfermedad, ya sea por incidencia o prevalencia, así como aquellas intervenciones sociales que son más eficaces en los diferentes procesos.
- *Coordinación*: el/la trabajador/a social es el enlace entre el EAP y la comunidad. Es importante para optimizar los recursos y desarrollar actuaciones que se lleven a cabo en función de la situación y problemática socio-sanitaria de la población a nivel intra, interinstitucional e intersectorial. Información a los profesionales del equipo sobre los recursos socio-sanitarios públicos y privados y su adecuada utilización.

c) Modelos Teóricos

Son varios los modelos que desarrolla el Trabajo Social en una consulta de un centro sanitario de Atención Primaria⁶:

- *Modelo ecológico-sistémico*: este modelo busca la atención al individuo actuando con la persona y su entorno social (analiza las relaciones sociales y familiares, interacción entre los miembros), analizando la interdependencia existente entre su propio sistema y los distintos sistemas que configuran su entorno.

El trabajo social interviene para Crear alternativas y soluciones al problema diagnosticado, valorar las conductas y pautas que refuerzan el mantenimiento del problema, ayuda a percibir la realidad de forma distinta y romper el hermetismo y repetición de patrones disfuncionales y trabaja la forma de concebir el problema y la comunicación dentro de la familia y la forma de percibir el problema por éstos

⁶ Escarpín Caparrós. *Manual de Trabajo Social (Modelos de práctica profesional)*. Aguacilara. Alicante. 1992 (pp. 134–144).

En definitiva, este modelo tiene una visión holística del individuo, intenta la explicación de los hechos sociales, centrándose en las interacciones e interrelaciones que se dan en un determinado contexto, desarrollándose en un medio con el que establece relaciones.

- *Modelo* psicosocial o diagnóstico: se trata de conocer al cliente en su entorno (familia, redes sociales, relaciones vecinales, etc.) y el problema o la demanda explícita o implícita que expresa el cliente, tal como él lo ve y lo siente. La principal fuente de información es el cliente. Se caracteriza por tener en cuenta el aspecto psicológico y social de los casos y da importancia a tratar los problemas y los recursos mediante un diagnóstico-evaluación.
- *Modelo de Intervención en Crisis*: con mucha frecuencia acuden a la consulta personas que se encuentran en una situación inestable o también llamada de crisis y cuya solución exige ser inmediata. Una crisis se puede considerar como una situación difícil, problemática, pero limitada en el tiempo, y que sin embargo el cliente no es capaz de controlar con su capacidad habitual de solucionar problemas.

Las fases del método de intervención han de ser rápidas, no permite una fase de estudio prolongada y ha de diagnosticar rápidamente. En el tratamiento, el usuario ha de ser consciente, ha de enfrentarse a los sentimientos de ansiedad, culpa, angustia, etc. y ha de aceptar la ayuda que se le pueda ofrecer por parte de cualquier persona y acceder a los recursos y prestaciones.

- *Modelo de Provisión Social*: el objetivo principal de este modelo es que el individuo y su familia tengan acceso a los recursos, a las prestaciones, a los servicios que necesitan.
- *Modelo Socio-conductista*: el objetivo de este modelo es incrementar las conductas deseadas y reducir las indeseadas, para que la gente afectada por los acontecimientos sociales actúen correctamente.

d) Actuaciones

El trabajador social en atención primaria desarrolla su *actividad* en diferentes áreas de intervención, que van desde la atención directa con el paciente, hasta áreas de docencia e investigación.

Según Kisnerman (1990), El trabajador social en el centro de salud, debe desempeñar una serie de actividades⁷:

- **Área de Atención Directa** que hace referencia a la atención, información y apoyo individual/familiar.
- **Área de Coordinación Socio sanitaria** que recoge la actividad de coordinación con los recursos sociales de la zona de manera integrada, así como con el resto de profesionales sanitarios para dar respuesta a los problemas socio-sanitarios que presenten los pacientes.
- **Área de Apoyo Social** que desarrolla el fomento de la Red Social de Apoyo en salud. Administración de servicios sociales, organizando, dirigiendo o coordinando departamentos de trabajo social, captación de recursos humanos, etc.
- **Área de Docencia e Investigación** hace referencia a la investigación, identificando los factores sociales en salud que generan la enfermedad, su distribución y desarrollo, detectando enfermos y minusvalidez, evaluando servicios y recursos, etc.
- **Área de Promoción de salud y Participación** que recoge estrategias para promoción de la salud y fomento del auto cuidado, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población.

⁷ Kisnerman, Natalio. *Salud pública y Trabajo Social*. Editorial Humanitas, Argentina 1990.

e) Metodologías y Técnicas

El procedimiento clásico de intervención y acción del Trabajo Social Sanitario, consta de tres fases bien diferenciadas⁸: el estudio, el diagnóstico y el tratamiento.

Para ello se estudia la vivencia de la enfermedad, como esta interfiere y afecta a la cotidianeidad de cada persona y lo que ello supone e implica, se detallan las dificultades y disfunciones existentes, se analiza el papel que desempeñan las diferentes personas implicadas y se valoran los caminos y pasos que se seguirán.

A continuación se explica de una forma más concreta las fases de intervención que se lleva a cabo desde el Trabajo Social Sanitario (Dolors Colom, 2010)⁹:

- *Identificación del problema social*. Demanda de: Persona y/o familia, Otros profesionales, Entidades comunitarias, Servicios Sociales, Asociaciones de enfermos y/o familiares, etc.
- *Estudio de la situación*: Interconsulta con otros profesionales, Entrevista de valoración, Visita domiciliaria.
- *Valoración*: Interpretación de la información recogida en las fases anteriores.
- *Diagnóstico Social Sanitario*: Juicio-Dictamen profesional que se establece en función del estudio y valoración del Trabajador Social. Teniendo en cuenta los recursos propios, capacidades y expectativas de la persona, el problema o malestar psicosocial planteado y las redes, apoyos, recursos del entorno social donde se ha generado.
- *Plantificación Terapéutica/Plan de Intervención*: Establecimiento de los objetivos de la intervención en los distintos núcleos a intervenir

⁸ Ander Egg Ezequiel. *Metodología del Trabajo Social*. Editorial El Ateneo. Tercera edición. Barcelona, 1982.

⁹ Dolors Colom Masfret. " *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*". Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS). Junio 2010.

(paciente, familia), así como la temporalización de los mismos (corto, medio, largo plazo...).

- *Tratamiento Social*: Se pretende la disminución de las situaciones de desventaja o discapacidad detectadas, proporcionando los soportes y apoyo social necesarios para mejorar su adaptación social y favorecer su reinserción en la comunidad.
- *Seguimiento*: Asegurar la continuidad asistencial desde los mismos servicios sanitarios o desde otros servicios.
- *Evaluación*. Reformulación diagnóstica y del plan de intervención.

Asimismo, las técnicas¹⁰ principales que utiliza el trabajador social en un centro de salud de atención primaria son la entrevista primordialmente, así como no menos importante, la observación y la documentación.

En lo que respecta a la entrevista, es una técnica muy útil para conocer al usuario, el problema que presenta, como le afecta a él y a su entorno, las capacidades que tiene para solucionarlo, etc.

Por otra parte, la observación aporta muchos datos, como son los gestos, su expresión, la manera en que se cuentan las cosas, todo ello puede aportar cierta información que puede ser de gran interés a la hora de estudiar el caso y planificar y programar su intervención.

En cuanto a la documentación técnica, en la mayoría de los Centros de Salud de Zaragoza se trabaja con el programa informático OMI-AP, en el que se puede observar directamente la historia clínica de usuario, aportada por los diferentes profesionales que forman parte de la atención primaria, y además se puede realizar las aportaciones y anotaciones necesarias.

Finalmente, para realizar un trabajo mucho más efectivo, hay que destacar la importancia del análisis documental. Este comprende tanto los documentos propios del profesional (el expediente, las anotaciones de otras entrevistas, informes sociales, etc.) como otros documentos que le puedan proporcionar el resto de profesionales del equipo de salud del propio centro, como otros trabajadores de otras instituciones.

¹⁰ De Robertis, Cristina. *Metodología de la Intervención en Trabajo Social*. Editorial El Ateneo. Argentina, 1988.

2.3. Fundamentos Jurídicos y Normativos del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria.

La siguiente investigación se ampara en el actual marco legislativo, procurando que los derechos de todos los ciudadanos puedan llegar a cumplirse, incluido los derechos subjetivos.

Para ello, se apoya en los documentos legales que atañen aspectos asociados a la intervención del Trabajo Social Sanitario:

- *El Real Decreto 137/84, reguló las estructuras básicas de salud, incluyendo al trabajador social entre los profesionales del equipo básico de atención primaria.*

La nueva orientación ideológica, supuso cambiar de la asistencia al enfermo a la atención a la salud; de la curación a la prevención y promoción de la salud; de la pasividad del enfermo a la participación ciudadana; de la asistencia individual al trabajo en equipo; de la percepción individual y biomédica a la percepción social y comunitaria; en la que la aportación de las ciencias sociales, centrada en la figura profesional del trabajador social, se hizo imprescindible.

- *LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece las medidas necesarias para garantizar el ejercicio de los derechos a la asistencia sanitaria, contempla el derecho de todos los ciudadanos no sólo a la salud física sino también a nivel social. Esta normativa exige al Sistema Nacional de Salud contemplar la atención social del individuo, dando así fundamento jurídico a la presencia del Trabajo Social en el ámbito de la salud.*
- *REAL DECRETO 63/1995, de 20 de enero, sobre la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, argumenta que se tendrá en consideración a nivel de atención social aquellos problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en situaciones de enfermedad o pérdida de salud; garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación de las*

Administraciones Públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales.

Esta oferta del Sistema Nacional de Salud compromete a la Administración como garante de este derecho y exige la presencia de Trabajadores sociales en los dos niveles de Atención Sanitaria: Atención Primaria o Especializada

- LEY 6/2002, de 15 de abril, *de Salud de Aragón*, en su **artículo 1** expone: "tiene por objeto la regulación y ordenación del Sistema de Salud de Aragón, en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por finalidad la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en los casos de pérdida de la salud, además de las acciones rehabilitadoras oportunas".

Asimismo, en el **artículo 28** ostenta: "se realizara la ejecución de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social, y familiar de las personas enfermas, facilitando la coordinación del Sistema sanitario y social".

- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica*; expone en su artículo 1: "el objeto de esta ley tiene la finalidad de regular los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica".
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece en su **artículo 12** lo siguiente, en relación a las prestaciones de atención primaria:

"La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la

*vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el **trabajo social**".*

Además en su **artículo 14** incluye entre las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la Atención Socio-sanitaria que define como *"El conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características, tienen que beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y sufrimientos y facilitar su reinserción social"*

- *El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, implanta la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. Garantiza la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.*
- *LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia a través de la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en el que participan todas aquellas Administraciones Públicas con competencias en la materia. Reconociendo un nuevo derecho de ciudadanía en España, universal y subjetivo.*
- *Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, por el que se regula la organización y el funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón en el Servicio Aragonés de Salud.*

Cada Área de Salud, se responsabiliza de la gestión unitaria de los centros del Servicio Aragonés de Salud y de los programas y prestaciones sanitarias que deben desarrollar, el Sector Sanitario constituye la

organización administrativa de carácter instrumental en cada Área de Salud, para la provisión de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón.

- *DECRETO 337/2011, de 6 de octubre, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia.*

Unificación del departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, con competencia en propuesta y ejecución de las directrices del Gobierno de Aragón; estructura, ordenación y planificación territorial; y definición y ejecución de actuaciones en materia de sobre la política de salud, consumo, bienestar social, integración de inmigrantes, mujer, juventud y familia.

3. CONTEXTO GEOGRÁFICO, POLÍTICO O SOCIAL DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.

EL trabajo de investigación se va a llevar a cabo en el barrio del Arrabal, ubicado en la margen izquierda del Río Ebro, dentro del distrito Margen Izquierda. Está delimitado por las calles Sobrarbe, Sixto Celorrio y Germana de Foix y situado junto al Puente de Piedra y el recientemente recuperado Balcón de San Lázaro.

ILUSTRACIÓN 3: Barrio Arrabal.



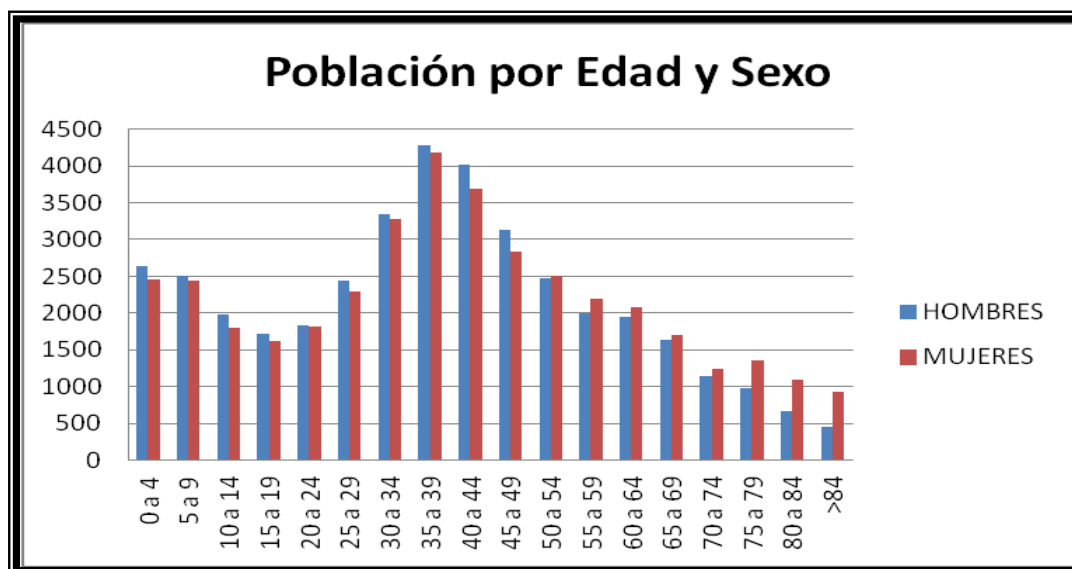
FUENTE: Imagen Google

Constituye un conjunto muy heterogéneo de población, tanto por la diversidad de etnias y culturas que agrupa como por las actividades y ocupaciones que en él se desempeñan. Además está considerado como uno de los barrios más antiguos de la ciudad de Zaragoza, debido a que era el lugar donde vivían muchos agricultores.

El barrio tiene una población de 78.733 habitantes (11.27% de la población total que hay en Zaragoza) según el censo de población del 2011, de los cuales 39.208 son varones y 39.525 mujeres.

En el siguiente grafico (nº 1), se refleja la población por edad y sexo en 2011, en el barrio del Arrabal (Ver Anexo, Tabla nº1: población por edad y sexo):

GRAFICA Nº 1: Población por edad y sexo en el Barrio de la Arrabal en el 2011.



FUENTE: Elaboración Propia a partir de datos del Censo de Población.

En lo que respecta a la evolución de la población la capital aragonesa ha crecido en los últimos años de forma continuada, motivando una serie de cambios demográficos patentes. En concreto el barrio Arrabal ha experimentado un aumento proporcional en su número de habitantes de manera anual y continuada. Como podemos observar en el siguiente grafico (Ver Anexo, Tabla nº2: Evolución de la población):

GRAFICO Nº 2: Evolución de la población en el Barrio Arrabal



FUENTE: Elaboración Propia a partir de datos del Censo de Población.

A continuación presento algunos **índices demográficos** esenciales del barrio Arrabal, en comparación con los que muestra la ciudad de Zaragoza en el año 2011¹¹:

TABLA COMPARATIVA INDICES DEMOGRAFICOS ARRABAL-ZARAGOZA, AÑO 2011		
INDICES DEMOGRAFICOS	ARRABAL	ZARAGOZA
Juventud	147,4	75,8
Envejecimiento	53,6	100,1
Sobre-envejecimiento	11,6	14,7
Masculinidad	98,8	94,1
Feminidad	101,2	106,3
Reemplazo	78,8	62,9
Fecundidad	24,6	21,0
Dependencia	44,0	48,0
Población activa	88,3	93,5
Población Extranjera	8,2	12,9

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de Padrón Municipal.

En la tabla anterior se puede observar que el barrio Arrabal, posee una población más joven que la del conjunto de la ciudad, lo que se traduce en un índice de juventud elevado y unos índices de envejecimiento y sobre envejecimiento más reducidos.

Sin embargo, se puede ver que, aunque por debajo del porcentaje del total de Zaragoza, el Arrabal presenta un porcentaje destacado (respecto de los totales) de población dependiente, posiblemente debido a que esta zona son personas especialmente mayores, como se puede observar en la pirámide de población, existiendo un proceso de envejecimiento en la población.

Asimismo, tal y como queda reflejado en la pirámide de población, hay mayor presencia de mujeres que de hombres en el barrio arrabal, como es el mismo caso del resto de la ciudad de Zaragoza. Y en lo que respecta a la

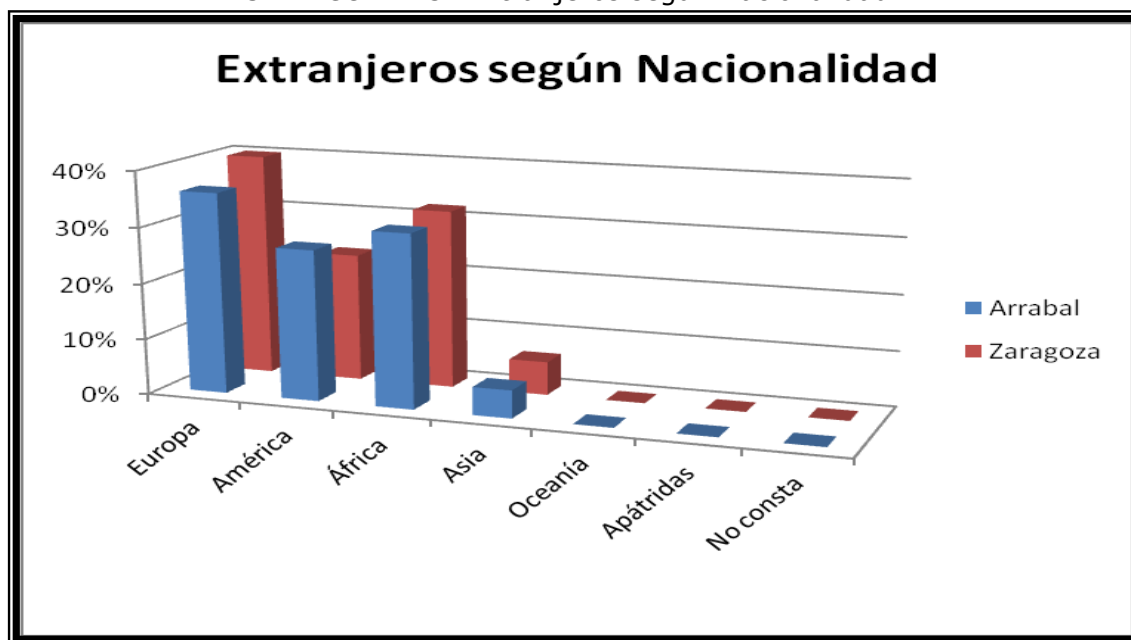
¹¹ Indicadores demográficos según distrito de residencia (capitales de provincia). Composición por edad, sexo y nacionalidad. Padrón Municipal de Habitantes. Instituto Aragonés de Estadística. 2011

fecundidad o maternidad es más elevada en la Arrabal que en la población total.

En relación a la **población extranjera**, este barrio zaragozano cuenta actualmente con 10.045 extranjeros, lo que supone el 12,76% de su población total. Paralelamente corresponde a un 9,3% de la población total inmigrante que hay en Zaragoza.

A continuación se presenta una grafica comparativa de la población inmigrante en el barrio Arrabal respecto a la población total extranjera de Zaragoza. (Ver Anexo, Tabla nº3: Extranjeros según Nacionalidad Arrabal-Zaragoza):

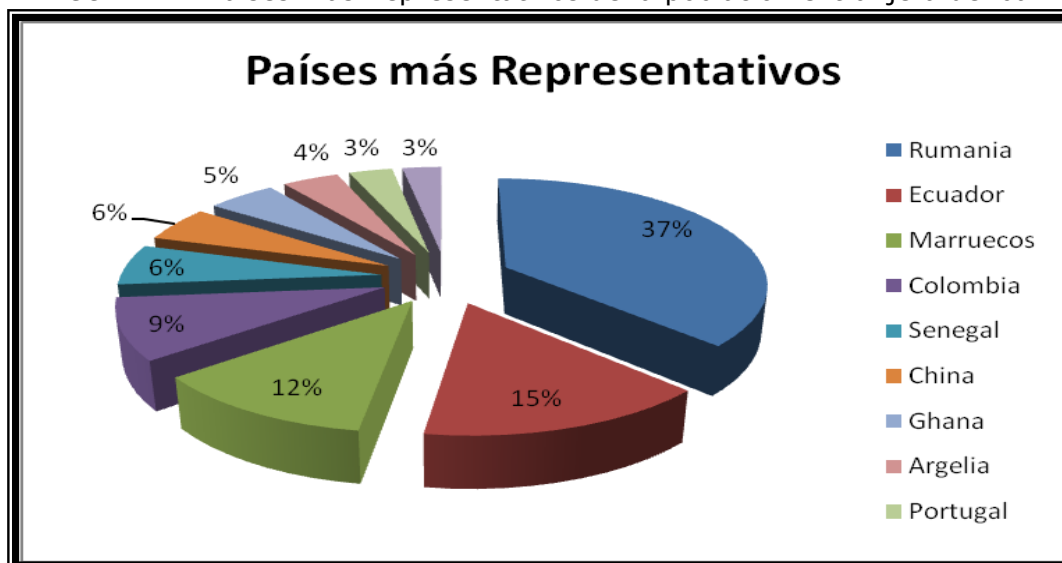
GRAFICO Nº 3: Extranjeros según Nacionalidad.



FUENTE: Elaboración propia a partir del documento "Datos Demográficos Oficiales del 2011"

Y en lo que respecta a los países más representativos de la población extranjera en el barrio, se puede observar en el siguiente grafico, que hay un mayor porcentaje de personas de Rumania, Ecuador y Marruecos. (Ver anexo, Tabla nº4: Países más representativos de la población extranjera del barrio).

GRAFICO Nº 4: Países más Representativos de la población extranjera del barrio.

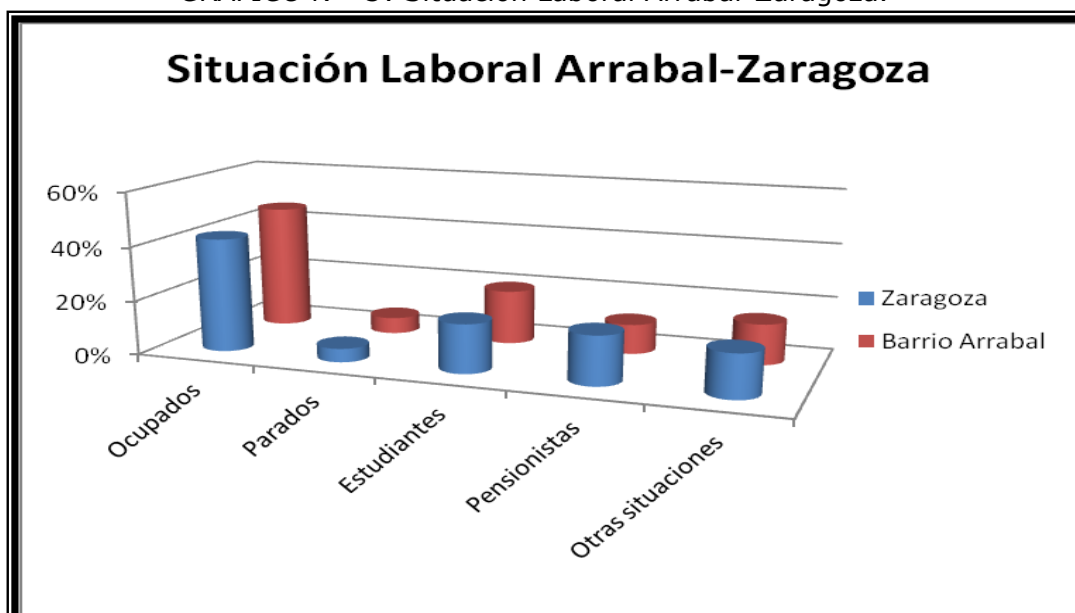


FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población.

Y finalmente, en lo que respecta a la **situación laboral** del barrio Arrabal, el porcentaje de población ocupada (46%) es ligeramente superior en comparación con el resto de la ciudad (42%). Esto significa que la tasa de inactividad en el barrio, es inferior a la del conjunto de Zaragoza en el 2001.

Sin embargo, en lo que respecta a la tasa de desempleo, es superior en el barrio Arrabal siendo un 6% en respecto a la ciudad de Zaragoza con un 5%. (Ver Anexo, tabla nº5: Situación laboral de los residentes en viviendas familiares)

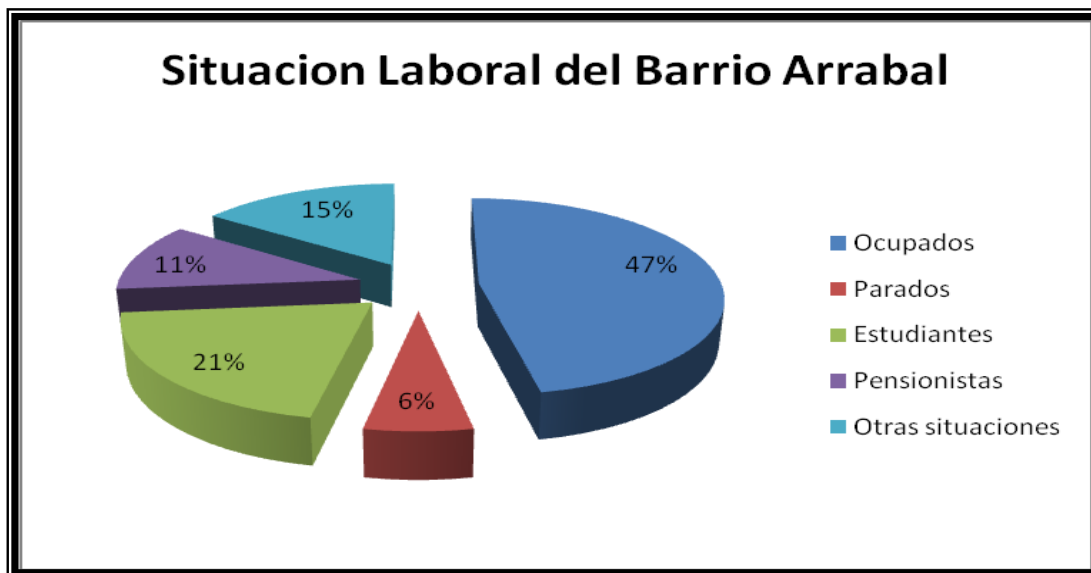
GRAFICO Nº 5: Situación Laboral Arrabal-Zaragoza.



FUENTE: Elaboración propia a partir Censo de Población.

De una forma más concreta, a continuación se muestra una grafica que representa la situación laboral de la población residente en el barrio Arrabal. (Ver Anexo, tabla nº5: Situación laboral de los residentes en viviendas familiares)

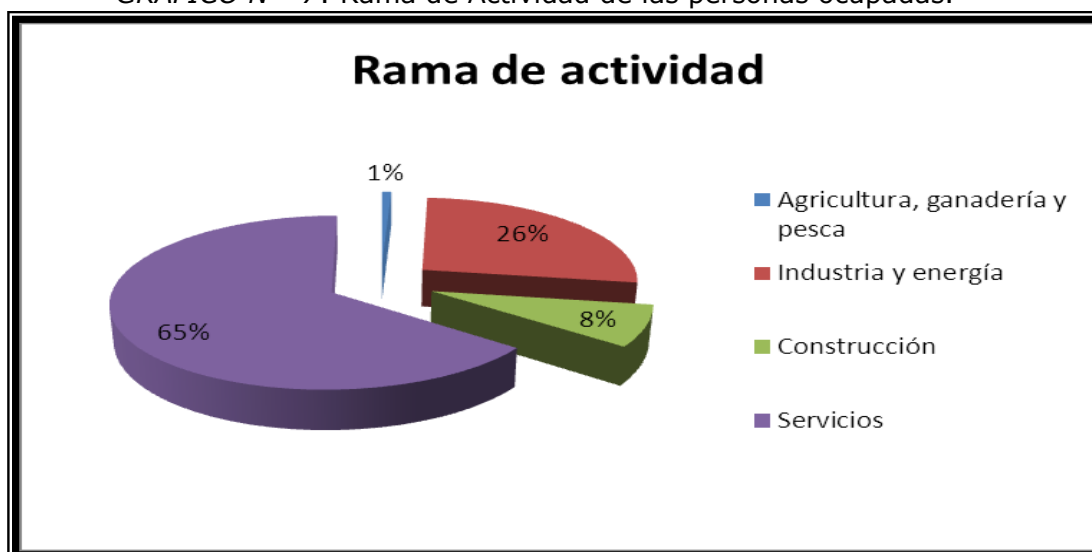
GRAFICO Nº 6: Situación Laboral Arrabal.



FUENTE: Elaboración propia a partir Censo de Población.

Siendo una población predominio en el sector servicios, seguido de la industria, construcción, y, finalmente, la agricultura prácticamente desaparecida, lo que da idea de la radical transformación de los últimos treinta años, ya que el Barrio Arrabal comenzó siendo una zona dedicada únicamente a la agricultura. (Ver Anexo, tabla nº6: Empleo por rama de actividad de los ocupados)

GRAFICO Nº 7: Rama de Actividad de las personas ocupadas.

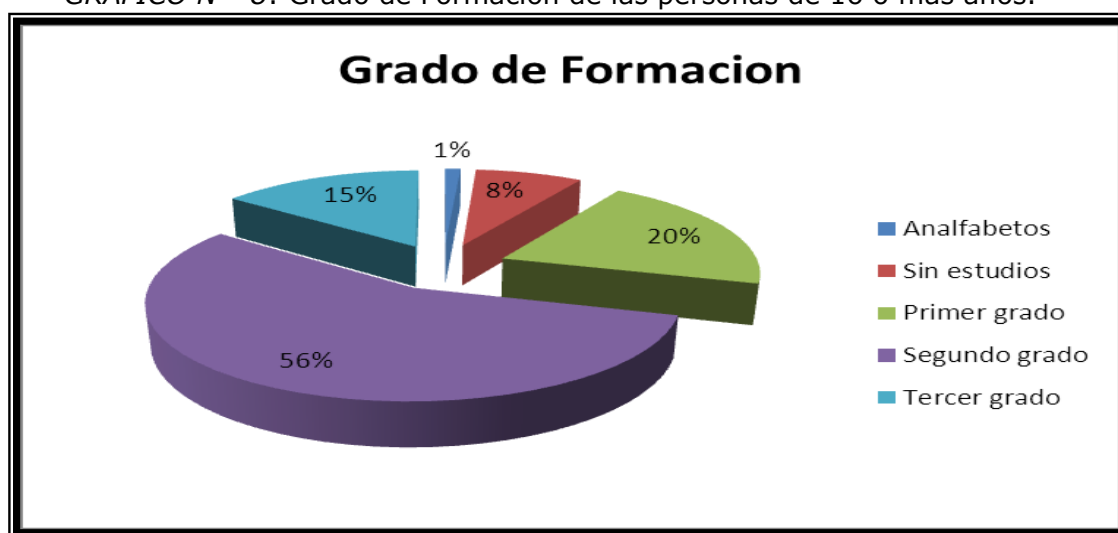


FUENTE: Elaboración propia a partir Censo de Población.

En lo que respecta a las **características formativas** de las personas residentes en el barrio Arrabal en la fecha del 2001 (partiendo desde los mayores de 16 años, una vez superada la etapa de escolarización obligatoria). En general la población presenta unos niveles formativos bajos, donde la mayoría de la población tiene realizados estudios de segundo grado, que comprende a Bachiller elemental, estudios de secundaria obligatoria, cursos de formación profesional, grado medio o superior, etc.

Esto puede ser debido, a que corresponde a zonas con un mayor porcentaje de población joven y una población de edad avanzada que, por las circunstancias sociales en las que vivió, no acceder a la formación. (Ver Anexo, tabla nº7: Grado de formación de los residentes en viviendas familiares de 16 años ó más.)

GRAFICO Nº 8: Grado de Formación de las personas de 16 o más años.



FUENTE: Elaboración propia a partir Censo de Población.

Por otra parte, el Barrio Arrabal tiene un buen nivel de **equipamientos básicos**, dirigidos a satisfacer las necesidades de la ciudadanía, equipado de todo tipo de equipamientos y servicios educativos, sanitarios, religiosos, deportivos, culturales, centros cívicos, casas de la juventud, centros de convivencia de mayores, centro de servicios sociales, parques y zonas verdes, posee aéreas con excelentes zonas verdes y muy accesibles para toda la población. Además posee equipamientos y recogida selectiva de residuos.

Asimismo, en lo que respecta a la **estructura física del barrio** en sí, es de una gran variedad y muy heterogéneo, donde se puede encontrar viviendas

desde chalets adosados a pisos sin ascensor y sin calefacción. En su mayoría la estructura urbana hay un envejecimiento de las viviendas, ausencia de ascensor en edificación de más de tres plantas y ausencia de garajes, etc., que dificultan el acceso a personas con reducida movilidad, en concreto personas con algún tipo de discapacidad y personas mayores. En general necesitan una profunda renovación de los edificios y en la estructura física del barrio, así como la incorporación de nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC).

Hasta la construcción de la Estación del Norte, en 1861, el territorio mantiene funciones casi únicamente agrarias, basadas en el importante sistema de riego (acequia de El Rabal, que da nombre al barrio). Actualmente un 75% de las viviendas actuales fueron construidas después de 1950.

Las calles, en general, son estrechas. Sobre todo observándolo desde la parte histórica y tradicional del barrio. Calles que, incluso, se puede observar que están híper-utilizadas: calles que en su origen estaban pensadas para pequeñas parcelas donde no había vehículos, actualmente han pasado a ser calles con edificios en 3 o 4 alturas, con varios vehículos por familias y que, además, no cuentan con parking dentro del edificio. Algunas de estas calles tienen dos direcciones y las aceras han sido reducidas a su mínima expresión, radiografía que choca frontalmente con las espaciosas avenidas de la zona nueva, totalmente opuesta a lo anteriormente descrito.

En lo referente al **espacio público y movilidad**, se trata de un barrio relativamente céntrico y con una buena comunicación con el resto de la ciudad y alrededores.

Se caracteriza por ser un barrio con un buen tratamiento específico de sus pavimentos, de sus jardines, iluminación y su mobiliario. Asimismo tiene un buen acceso a través del transporte público reforzando las conexiones transversales con el resto de la ciudad, así como sin olvidar las posibles ampliaciones futuras de la línea de tranvía o el acceso a la red de cercanías.

Además, sin olvidar la integración del carril de bici en toda la estructura del barrio.

Finalmente en lo que respecta a los recursos sociales existentes en el barrio, desde el área de infancia y adolescencia cuenta con una gran cantidad de escuelas infantiles, guarderías, ludotecas y centros de tiempo libre; para la juventud centros de información, alojamientos de juventud, etc.; para mujeres centros de información, para personas mayores centros de día, residencias, hogares para mayores, etc.; para personas con discapacidad cuenta con centros de día, centros especiales de empleo, centros ocupacionales, residencias, etc., para inmigrantes centros de información, etc. así como diversas asociaciones con interés general como es la asociación de vecinos, asociación cultural jotera, etc.¹²

¹² Guía de Recursos sociales. Instituto Aragonés de Estadística. Zaragoza julio 2010.

4.OBJETIVOS.

4.1. Generales y Específicos.

- I. Conocer las características socio demográficas asociadas a la demanda socio-sanitaria del Barrio Arrabal, desde los datos obtenidos en la consulta de Trabajo Social del Centro de Salud.
 - I.1. Conocer el porcentaje de personas que acude a la consulta de Trabajo Social en el Centro de Salud, en comparación con el total de población del Barrio Arrabal.
 - I.2. Averiguar el número de mujeres que acuden a la consulta y demandan atención por situaciones de violencia de género.
 - I.3. Conocer el porcentaje de población en situación de dependencia.
 - I.4. Comparar el número de población que demandan información y orientación sobre valoración y reconocimiento de discapacidad, con las características personales y clínicas.
 - I.5. Examinar el tipo de demanda realizada por personas de origen extranjero.
 - I.6. Averiguar la relación de la demanda de medicación gratuita con situaciones de inestabilidad económica.
 - I.7. Destacar las variables más frecuentes de las características adquiridas de las personas atendidas en el Servicio de Trabajo Social.

- II. Comparar los resultados finales de este trabajo, con los obtenidos en el estudio sobre "Definición del perfil de los usuarios del Servicio de Trabajo Social en el Centro de Salud Bombarda-Monsalud ubicada en la misma ciudad, para averiguar diferencias y similitudes de las características socio-sanitarias de las personas que acuden al Servicio de Trabajo Social en los Centros Sanitarios.
- II.1. Conocer las similitudes y diferencias de las particulares poblacionales de los barrios y de sus pacientes de ambas zonas conforme una perspectiva clara y concisa.
- II.2. Comparar los datos obtenidos en cada Centro de Salud a través de las variables y categorías definidas.

5. METODOLOGÍA EMPLEADA.

Al referirnos a la "Investigación en las Ciencias Sociales", son todas aquellas investigaciones cuyo ámbito y campo de interés es la sociedad, cuando el proceso de aplicación del método y de las técnicas se destinan a situaciones y problemas concretos en el área de la realidad social, y se realiza con la finalidad de obtener nuevos conocimientos y dando respuesta a tales problemas.

Por este mismo motivo, el trabajo que posteriormente se muestra consiste en una investigación de las Ciencias Sociales Aplicadas, enfocada al Trabajo Social Sanitario.

A continuación se explica con más detalle el conjunto de actuaciones llevadas a cabo, para la elaboración del trabajo.

5.1. Tipos de Investigación.

El estudio que a continuación presento, puede ser clasificado en varios tipos de investigación¹³.

- *Investigación explorativa (descriptiva)*, en referencia a la contextualización de la zona; tratándose así de conocer las características y aspectos predominantes de la población que acude al servicio de Trabajo Social del Sector sanitario 1, y más específicamente en el Centro Sanitario de Atención Primaria del barrio Arrabal.
- *Investigación cuantitativa multivariable* mediante la tabulación (base de datos) y análisis de los datos obtenidos en la consulta del servicio de Trabajo Social en el Centro de Salud Arrabal, durante el periodo de tiempo de octubre a diciembre del año 2011. De los cuales se obtendrá diferentes datos agrupados en diversas variables, las cuales se relacionaran entre sí.

¹³ MACIONIS y PLUMMER Manual de Sociología, Capítulo 3 Hacer ciencia social: una introducción al método. "Tipos de Investigación". 3ª Edición. Madrid 2008.

- *Investigación comparativa* de los datos propios obtenidos en el Centro de Salud Arrabal, con los del Centro de Salud Bombarda-Monsalud, perteneciente a diferente Sector Sanitario.
- *Investigación transversal*, en lo que respecta a la dimensión y el alcance temporal del mismo, ya que la recogida de información y de datos estadísticos han sido limitados a un único momento en el tiempo, concretamente durante los meses de prácticas de octubre a diciembre del 2011.
- *Investigación primaria*, donde la información recogida ha sido obtenida de primera mano, siendo una información inédita, así como el análisis de los datos obtenidos.

El trabajo que a continuación se desarrolla encaja en los tipos de investigación señalados. No obstante, dadas las características de los datos recabados y el periodo de tiempo en el que se desarrolla la recogida de información, fundamentalmente se trata de un estudio de naturaleza exploratoria, que sin duda conformará la antesala para llevar a cabo la planificación de otros trabajos ya sean de índole explicativa o de otro orden.

5.2. Etapas del Estudio.

Las etapas que se han seguido para la elaboración del trabajo han consistido¹⁴:

1. Aproximación a la realidad: Examinar las características del problema de investigación; para lo que se realiza un análisis documental contextualizando la zona donde nos ubicamos, el servicio sanitario, las características de la población, perfil socio demográfico, etc., explorando el marco teórico-conceptual y jurídico-legislativo del mismo.

¹⁴ DEOBOLD, B, DALEN, V., y MELLER, W. J., *Manual de técnica de la investigación educacional. Estrategia de la investigación Descriptiva*.

Para ello se realizara un diagnostico breve sobre la dimensión social, urbanística y económica de las personas que conviven en el Barrio Arrabal, a partir de información sobre el entorno socio-demográfico, nivel educativo, población activa, población de origen extranjero, servicios a la ciudadanía, características urbanísticas, etc.

2. Definición y formulación de objetivos generales, específicos y operativos.
3. Recogida de datos e información, sobre aspectos y características más relevantes de los pacientes que acuden a la consulta de Trabajo social en el Centro de Salud Arrabal, durante el periodo de prácticas.
4. Establecer categorías con dichos datos y que sean adecuadas al propósito del estudio y que permitan poner en manifiesto semejanzas, diferencias y relaciones significativas; para lo cual se construyen bases de datos agrupando los diferentes ítems, como: sexo, edad, ocupación, convivencia, demanda, etc.
5. Describir, analizar e interpretar los datos obtenidos, en términos claros y precisos; con la finalidad de extraer las interrelaciones de las diferentes variables.
6. Una vez interpretados los datos, se comparara los resultados obtenidos con los de otro Centro de Salud, de diferente Sector Sanitario, con la finalidad de establecer diferencias, semejanzas y relaciones entre los pacientes atendidos en el Servicio de Trabajo Social de los dos Centros Sanitarios.

5.3. Técnicas e Instrumentos Empleadas.

En cuanto a las técnicas e instrumentos de investigación empleadas, se han utilizado principalmente el análisis documental y análisis e interpretación de datos.

En primer lugar, la revisión bibliográfica y de las fuentes documentales y estadísticas, constituye la base de una primera aproximación al objeto de estudio, cuya finalidad es obtener datos e información a partir de la recopilación de documentos escritos.

Esta aproximación a la realidad es necesaria y fundamental, ya que ayuda a plantear y definir los objetivos de la investigación, delimitar la población y seleccionar la metodología a emplear.

En segundo y último lugar, el análisis de datos tabulados (procesamiento de datos), como la técnica fundamental de esta investigación explorativa, puesto que se concibe a toda la población a estudiar de manera anónima con el fin de elaborar una base estadística general, teniendo como instrumento los registros de las consultas del servicio de Trabajo Social del Centro de Salud Arrabal durante los meses de octubre a diciembre de 2011, a partir de la herramienta de gestión informática OMIA-AP.

5.4. Objeto de Estudio, Población/Universo.

El universo está constituida por todos los pacientes que han acudido y han sido atendidos durante los meses de octubre a diciembre del 2011, en la consulta de Trabajo Social en el Centro de Salud Arrabal.

Los pacientes atendidos equivalen a un total de 178 casos aproximadamente, registrados todos ellos a través de la herramienta de gestión informática OMIA-AP, y de los cuales se han analizado diferentes aspectos y características.

5.5. Sistematización de los Datos Obtenidos.

Al considerar objeto de esta investigación la identificación y análisis de las características de los pacientes atendidos en la consulta del Servicio de Trabajo Social del Centro de Salud Arrabal, el ámbito geográfico donde se realiza ésta investigación es el Barrio Arrabal y concretamente el Centro de Salud Arrabal.

Esta investigación social se realiza en el año académico 2011/2012, en los meses de Enero a Junio del presente año. Sin embargo, los datos estadísticos y documentales aportados en la Consulta de Trabajo Social pertenecen al año 2011, por lo que el análisis y reflexión de las características de los pacientes se basan en dicho año.

5.6. Análisis de Datos: Descripción de la Muestra, Metodología del Análisis.

El instrumento empleado para recoger la información ha sido a través del "Registro de casos atendidos en la Consulta de Trabajo social". La información recogida ha sido obtenida por la propia profesional de Trabajo Social, mediante la herramienta de gestión OMI-AP y entrevistas personales con los pacientes que acudieron a la consulta durante los meses de octubre a diciembre de 2011.

La información existente se ha organizado y seleccionado en las dimensiones seleccionadas que obedecen al criterio de relevancia para obtener datos más significativos de los casos, agrupando o disgregando algunos de ellos para realizar aportaciones más reveladoras. A continuación se presentan las dimensiones, variables y categorías a estudiar y analizar en el siguiente trabajo.

1. Datos específicos relativos a los pacientes atendidos en el Servicio de Trabajo Social.

ANÁLISIS DE DATOS		
DIMENSION	VARIABLE	CATEGORIAS
1. PACIENTES ATENDIDOS	1.1 Nº de pacientes.	Octubre, Noviembre, Diciembre.
	1.2 Sexo.	Mujer, Hombre
	1.3 Edad.	Menores (0-18), Joven (19-30), Adulto (31-42), Veterano (43-65), Sénior (66-80), 2 Sénior (+81).
	1.4 Ocupación.	Ocupado, Desempleo, Baja laboral, Pensionista, Formación.
	1.5 Origen.	Español, Argentino, Rumania, Marruecos, Senegal, Ecuador, Perú, Republica Dominicana.
	1.6 Convivencia.	Soltero, Solo-hijos, Pareja, Pareja e hijos, Familiar, Otros.
	1.7 Datos Clínicos y personales.	Salud Mental, Problemas Convivencia, IVE, Acoso laboral, Violencia de género, Tóxicos, Farmacéuticos, Problemas de Salud, Discapacidad, Suicidios, Cargas familiares, Dependencia, Problemas de recursos, Teleasistencia y SAD, Revisiones.

2. Datos relativos a la demanda de los pacientes atendidos en el Servicio de Trabajo Social.

ANÁLISIS DE DATOS		
DIMENSION	VARIABLE	CATEGORIAS
2. DEMANDA	2.1 Demandante.	Interesado, Familiar, Servicios Sociales, Profesional del centro de salud.
	2.2 Tipo de Demanda.	Información y orientación, Subvención fármacos, Seguimiento, Gestión y tramite, Discapacidad, Dependencia, Ayuda y apoyo, Emocional, Económico, Reclamaciones, Agradecimientos, Subvención ortopedia.

3. Datos relativos al Servicio de Trabajo Social.

ANÁLISIS DE DATOS		
DIMENSION	VARIABLE	CATEGORIA
3. SERVIDIO DE TRABAJO SOCIAL		Sin cita previa.
		Visita a domicilio.
		Seguimiento.

Definidas las variables y categorías, la clasificación y tabulación de los datos, se plasmará, mediante la aplicación Microsoft Office Excel, con la finalidad de visualizar con mayor facilidad el conjunto de datos de los que se extraerán los resultados, su análisis e interpretación.

Se utilizará también el paquete estadístico SPSS para establecer relaciones entre las variables mediante la formulación de tablas de contingencia y la prueba X².

Asimismo, para desarrollar este estudio se utilizaran graficas de barras y/o circulares en función de la relevancia y la claridad expositiva que presente

cada variable, interpretando a posterior de cada una de las tablas, los datos reflejados.

5.7. Sistema de Citas y Referencias Bibliográficas Empleados.

Las fuentes documentales utilizadas para la realización del trabajo, han sido obtenidas a través de diferentes libros, manuales, artículos, leyes y normativas, publicaciones especializadas en el ámbito del Trabajo Social, base de datos y páginas web.

En lo que respeta al marco teórico de la investigación, la información se ha obtenido especialmente desde el Portal de Aragón, Servicio Aragonés de Salud, Instituto Nacional de Salud, ley de Salud de Aragón, banco de datos Dialnet, diversos libros y artículos en relación con el Trabajo Social Sanitario y su intervención en Atención Primaria de Salud, etc. Todo ello plasmado en el apartado de bibliografía.

Las pautas que se emplean en esta investigación para citar la información bibliográfica será a partir de las normas A.P.A (American Psychological Association).

En referencia al contexto geográfico, político o social de la investigación, la información se ha adquirido principalmente a través de la consulta de las fuentes habituales (Instituto Aragonés de Estadística, del Instituto Nacional de Estadística, Censo de Población, Padrón Municipal, etc.).

6. CAPÍTULOS DE DESARROLLO.

6.1. Descripción de los Resultados.

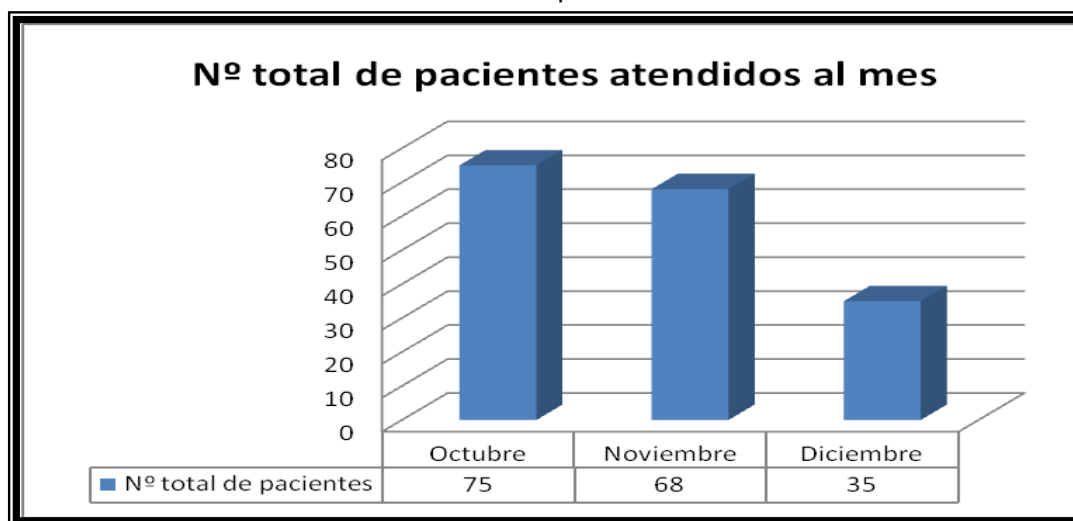
Recogidos y tabulados los datos, a continuación se expone los resultados de cada una de las dimensiones, variables y categorías que se han empleado para realizar una aproximación a los aspectos y características más significativas y relevantes de los pacientes que han acudido en la consulta de Trabajo social en el Centro de Salud Arrabal, durante el periodo de tres meses, octubre, noviembre y diciembre.

I. Datos específicos relativos a los pacientes atendidos en el Servicio de Trabajo Social:

I.1. Nº de pacientes atendidos.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, el número de casos varía en gran medida en función del mes en el que nos encontremos. El número total de pacientes atendidos en la consulta de Trabajo Social del Centro Sanitario Arrabal, asciende a 178 personas, distribuidos en los siguientes tres meses: octubre 75 pacientes (42%), en noviembre 68 (38%), y en diciembre 35 (20%) usuarios. (Ver anexo, Tabla nº8: Nº total de pacientes atendidos al mes).

GRAFICO Nº 9: Nº total de pacientes atendidos al mes.

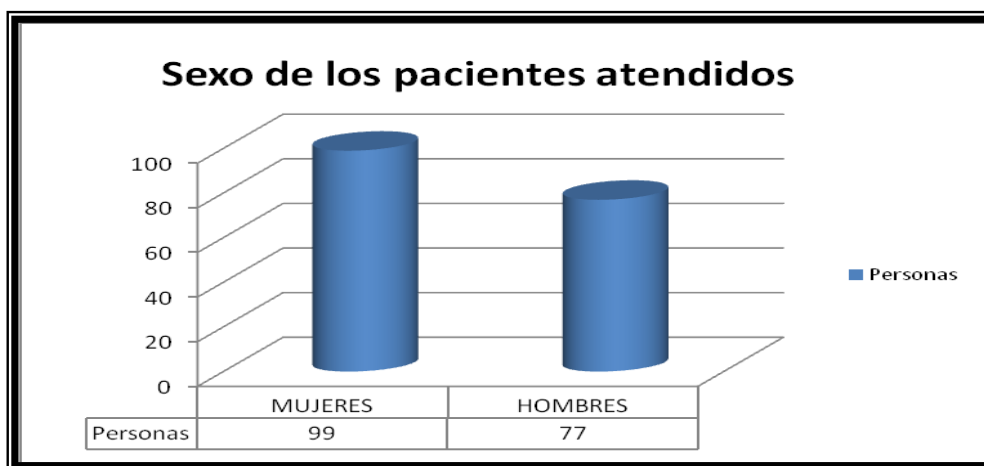


FUENTE: Elaboración propia.

I.2. Sexo de los pacientes atendidos.

En cuanto al sexo de los pacientes atendidos, como se muestra en la grafica siguiente, la mayoría de las personas atendidas son de género femenino (99 personas), lo que equivale a un 56% del total. Sin embargo, el colectivo de hombres, acudieron a la consulta de Trabajo Social en el Centro de Salud Arrabal 77 persona, lo que se asemeja aun 44% del total. (Ver anexo, Tabla 9: Sexo de los pacientes atendidos).

GRAFICO Nº 10: Sexo de los pacientes atendidos.



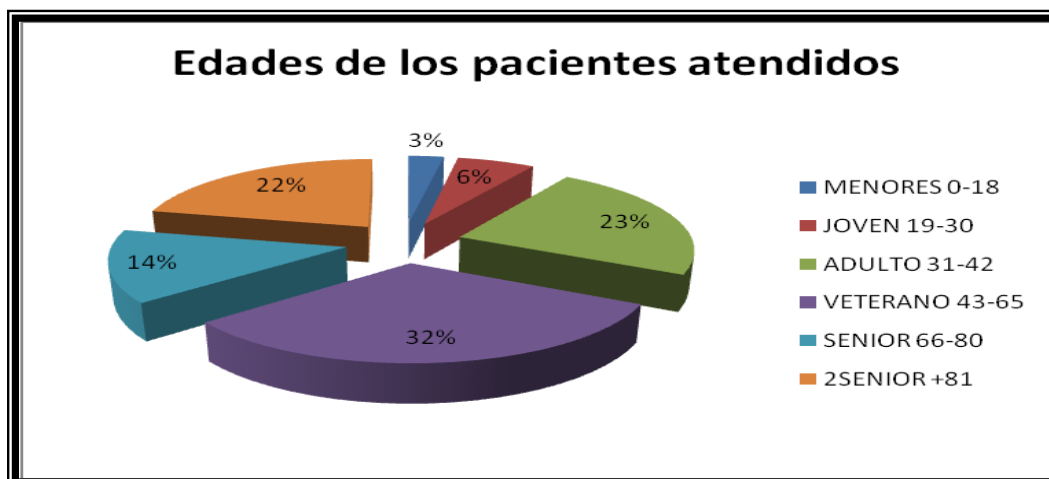
FUENTE: Elaboración propia.

I.3. Edad de los pacientes atendidos.

En lo que respecta a la edad de la población atendida desde la consulta de trabajo social, durante los meses de octubre a diciembre, se puede observar que las edades de las personas atendidas son muy variadas, donde la mayoría de los usuarios tenían una franja de edad de 43 a 65 años con un 32%, lo que corresponde a personas "veteranas", así como personas "adultas" con un 23% que equivale a 41 personas atendidas con esta edad y población "sobre-envejecidas" con una edad superior a 80 años, con un 22%.

Sin embargo, como se puede observar en el siguiente grafico, la franja de edad que menos acudió a este servicio, corresponde a personas menores de 0 a 18 años con un 3%, así como jóvenes entre 18 y 30 años, con un 6%. (Ver anexo, Tabla 10: Edad de los pacientes atendidos).

GRAFICO Nº 11: Edades de los pacientes atendidos.



FUENTE: Elaboración propia.

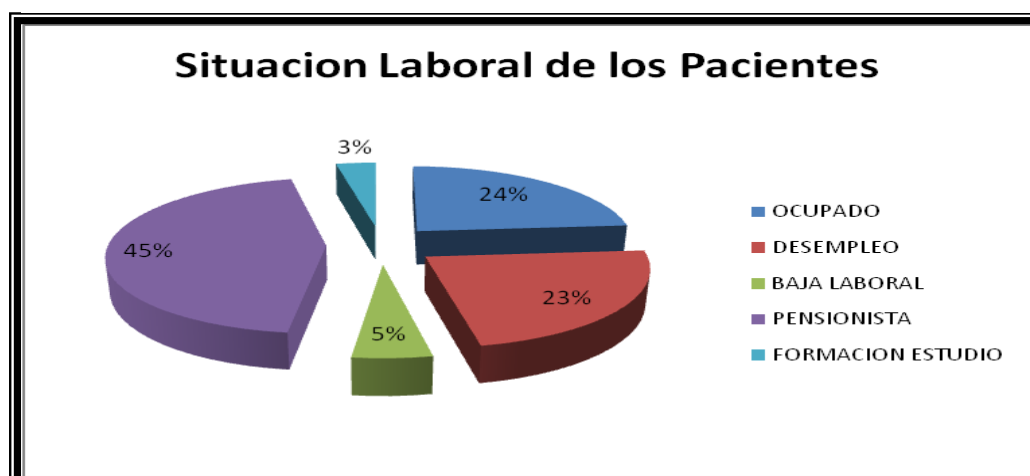
I.4.Ocupación de los pacientes atendidos.

La situación laboral de la población atendida el porcentaje de población ocupada corresponde a un 24% (42 personas atendidas) es ligeramente superior en comparación al porcentaje de población en situación de desempleo con un 23% (41 usuarios atendidos).

Del mismo modo, hay que tener en cuenta que la mayoría de la población atendida, recibe una pensión, ya sea por invalidez o incapacidad para trabajar, o jubilación, con un 45%, lo que equivale a un total de 79 personas atendidas que reciben una pensión. (Ver Anexo, tabla nº11: Situación laboral de las personas atendidas).

Y finalmente con un 3% y un 5%, población en formación y baja laboral, respectivamente.

GRAFICO Nº 12: Situación Laboral de las personas atendidas.



FUENTE: Elaboración Propia.

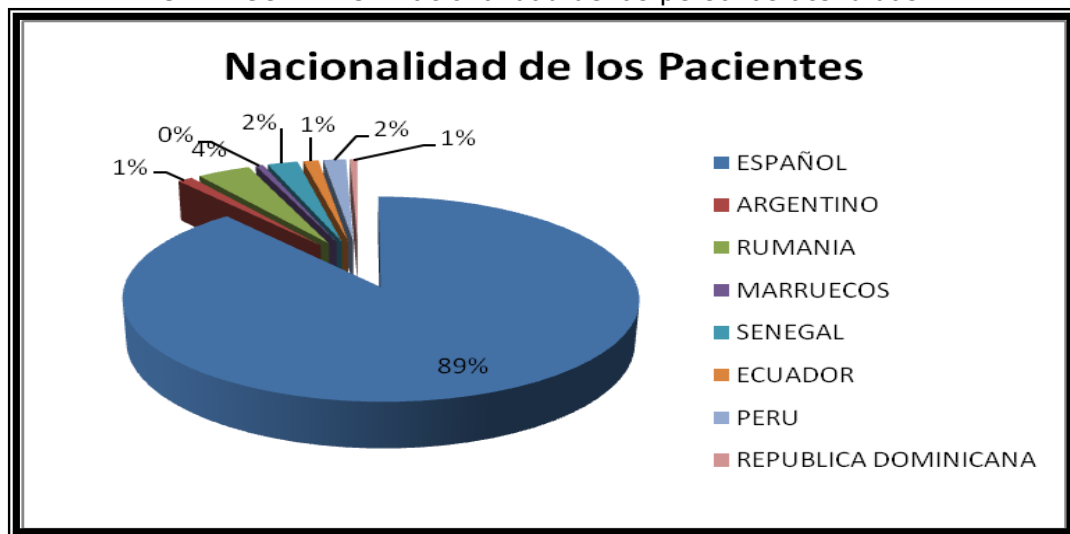
I.5.Nacionalidad de los pacientes atendidos.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, los países más representativos de la población atendida en el servicio, hay un mayor porcentaje distintivo de población autóctona de nacionalidad Española con un 89%, lo que equivale a 159 personas atendidas respecto al total.

Seguido de personas de origen Rumano con un 4%, lo que equivale a 7 personas atendidas. Del mismo modo, también se ha atendido a población de otra nacionalidad en menor medida como puede ser el caso de Perú, Senegal con un 2%.

Y finalmente Ecuador y Argentina con 1% que equivale a 3 y 2 personas respectivamente, y aunque en el caso de Marruecos, en el gráfico aparece como 0%, durante estos tres meses se ha atendido a una personas, que comparándolo al total, parece un dato mínimo. (Ver anexo, Tabla nº12: Nacionalidad de los pacientes atendidos).

GRAFICO Nº 13: Nacionalidad de las personas atendidas.



Fuente: Elaboración Propia.

I.6.Convivencia de los pacientes atendidos.

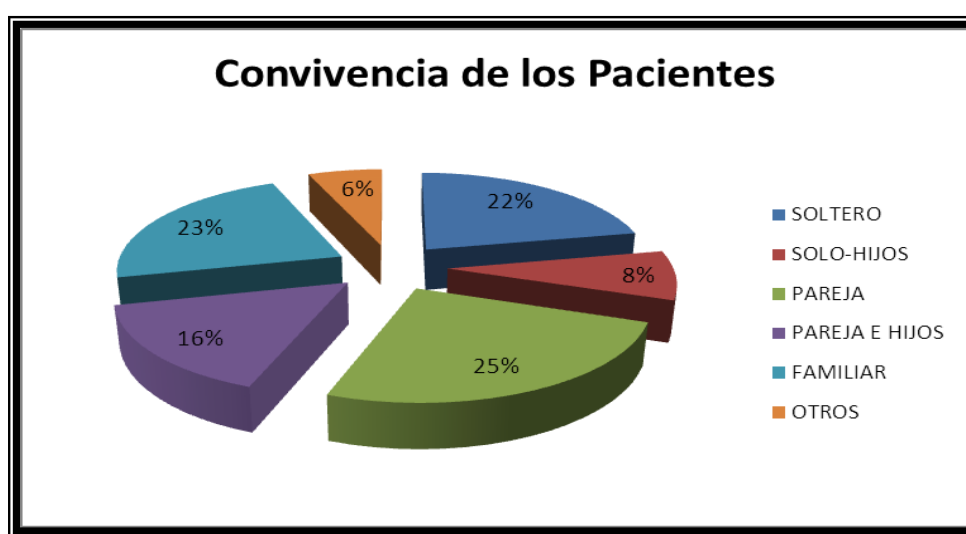
En referencia al modo de convivencia en el que residen los pacientes que se han atendido durante el periodo de recogida de datos, la mayoría de ellos conviven en pareja siendo un 25%, seguido por algún familiar con un 23% y

solteros con un 22%. (Ver anexo, Tabla nº13: Convivencia de los pacientes atendidos).

Del mismo modo, hay un porcentaje representativo de personas que viven en pareja y con sus hijos, con un 16 %, lo que llamaríamos una familia convencional.

Y en menor medida, hay población atendida en la consulta que reside con solo hijos con un 8% y con otras personas con un 6%, que correspondería a cuidadores, compañeros de piso, etc.

GRAFICO Nº 14: Convivencia de las personas atendidas.



Fuente: Elaboración Propia.

I.7.Datos clínicos y personales de la población atendida.

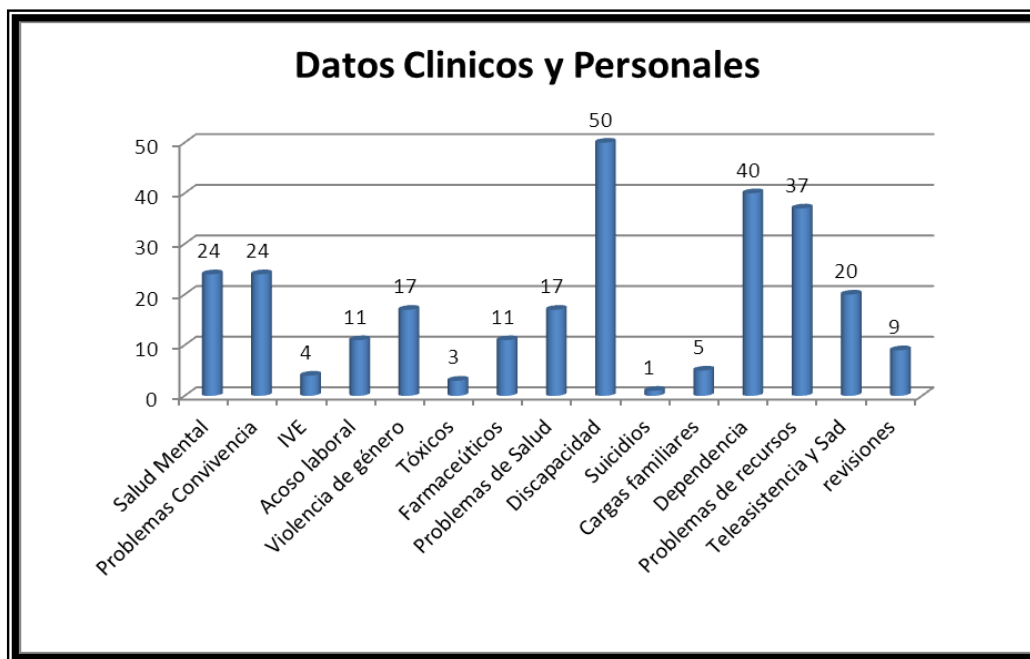
Las personas que acudían a la consulta de trabajo social, muchas de ellas en una misma sesión realizaban diferentes demandas. Como se muestra en el siguiente gráfico la mayoría de las demandas consisten en información o tramitación de discapacidad y dependencia, sin olvidar que muchos de ellos además requerían asesoramiento acerca sobre el servicio de tele-asistencia y servicio de ayuda a domicilio (SAD).

Asimismo, hay un gran porcentaje de personas con problemas de recursos, principalmente debido a causa de la ausencia de recursos económicos.

Del mismo modo, cabe destacar la influencia que se presenta de casos atendidos sobre violencia de género, salud mental y problemas de convivencia.

Y por último comentar, que de todas las personas que se han atendido en la consulta de Trabajo social, se ha tenido una menor influencia, pero no por ello menos importante, de casos sobre intervención voluntaria del embarazo (IVE), drogodependencias (en lo que se refiere alcohol y drogas) y cargas familiares (cuidadores de personas dependientes o con alguna discapacidad). (Ver tabla 14: Datos clínicos y personales de las personas atendidas).

GRAFICO Nº 15: Datos clínicos y Personales de las personas atendidas.



Fuente: Elaboración Propia.

II. Datos relativos a la demanda de los pacientes atendidos en el Servicio de Trabajo Social.

II.1. Persona Demandante.

La mayoría de las personas que solicitaban el servicio de Trabajo social, eran las mismas personas interesadas la que se acercaban a la consulta a exponer sus situaciones problemáticas (70% de todas las personas atendidas).

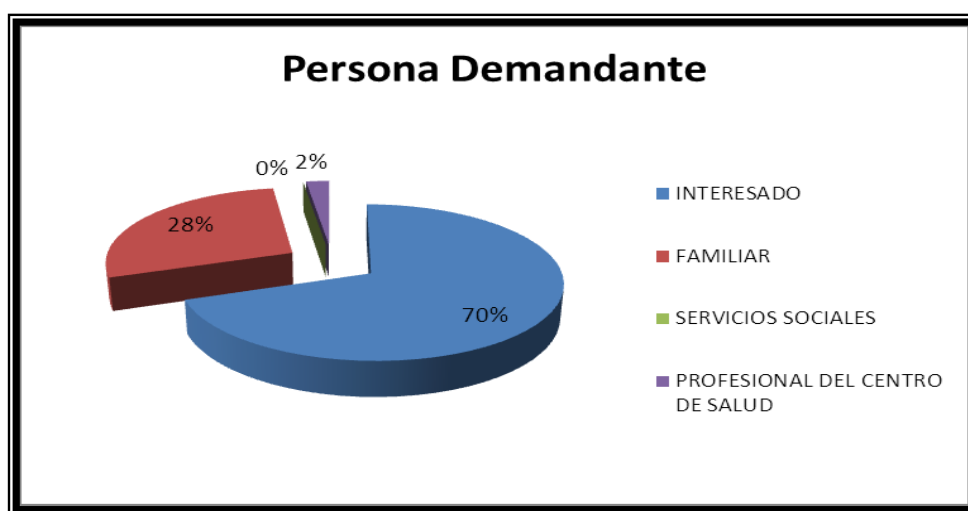
Pero también como se observa en la siguiente gráfica, hay familiares que acudían a modo de ayuda y apoyo a sus familiares directos, que corresponde a un total de 28% o dicho de otro modo 50 personas atendidas.

Asimismo, hay que tener en cuenta, que durante el periodo de recogida de información y datos de tres meses, no ha habido ningún caso en el que los

servicios sociales hayan contactado con la trabajadora social del Centro de Salud para comunicar algún tipo de demanda.

Y en el caso de demandas realizadas por otros profesionales del Centro de Salud, con un 2%, corresponde a solicitudes de ayuda y apoyo que ellos por su formación o capacitación profesional no tenían las habilidades suficientes como para atender a según qué personas, y eran remitidos a la trabajadora social, pero en todo momento realizaban una intervención coordinada y cooperativa. (Ver anexo, Tabla 15: Personas que realizan la demanda de atención).

GRAFICO Nº 16: Personas que realizan la demanda de atención.



Fuente: Elaboración Propia.

II.2. Tipo de demanda.

En el gráfico que a continuación se adjunta se advierte que, la mayoría de la población atendida desde el servicio de trabajo social en el barrio arrabal, demandaban gestión y trámite en lo que respecta a la solicitud de reconocimiento de situación de discapacidad, dependencia u ambas, siendo un 29% (51 personas).

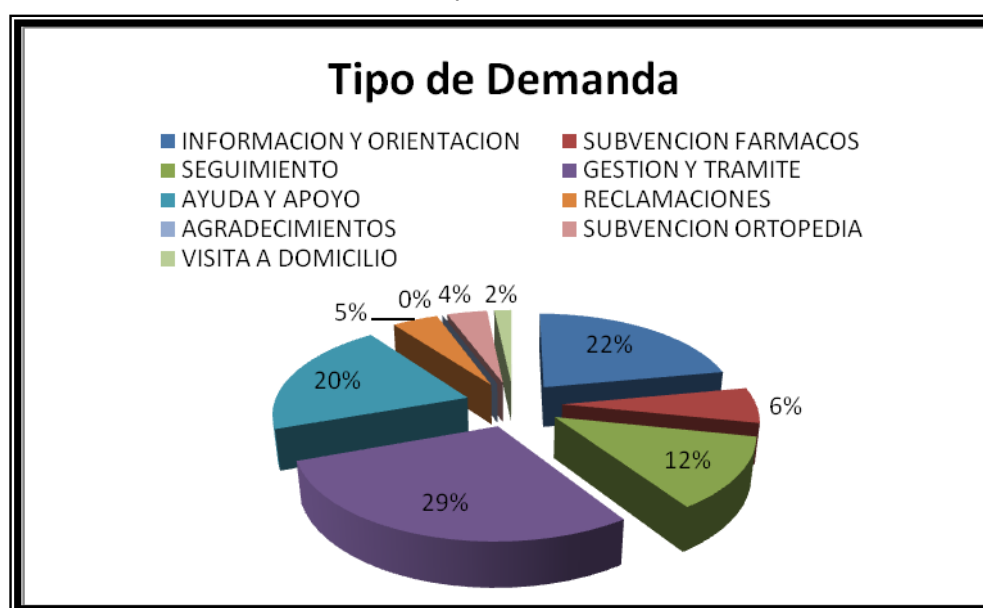
Del mismo modo, también hay un gran número de personas que demandaban información y orientación sobre alguna cuestión en concreto, intentando desde el Trabajo Social que estas personas y sus familias tenga acceso a los recursos, a las prestaciones y a los servicios que necesiten en cada uno de los casos, que corresponde a un 22% (39 personas).

Ayuda y apoyo con un 20%, en lo que se refiere que el usuario acudía a la consulta y exponía su problema o situación complicada (demanda explícita o implícita que expresa el cliente, tal como él lo ve y lo siente), y desde el Trabajo Social se le ofrece una ayuda y apoyo a nivel psicológico y social.

Asimismo, una cuarta parte de la población atendida en la consulta (12%) se trataba de casos anteriores a la recogida de información y datos, que consistían en casos de seguimiento y tratamiento a largo tiempo, con lo cual lleva mucho tiempo de intervención con los pacientes. Estos casos la mayoría se corresponden a casos de violencia de género, acoso laboral, salud mental, problemas de recursos, etc.

Por último, comentar que los casos menos frecuentes, pero no por ello menos importantes, atendidos en la consulta han sido subvención de fármacos con un 6 % (personas que como consecuencia de escasos recursos económicos y de necesidad primordial de medicación por problemas de salud, necesitan tratamiento gratuito subvencionado por el Sistema de Salud), reclamaciones con un 5% , subvención de ortopedia con un 4%, agradecimientos (ninguno), y visitas a domicilio con un 2%. (Ver anexo, Tabla nº16: Tipo de demanda Realizada).

GRAFICO Nº 17: Tipo de Demanda Realizada.



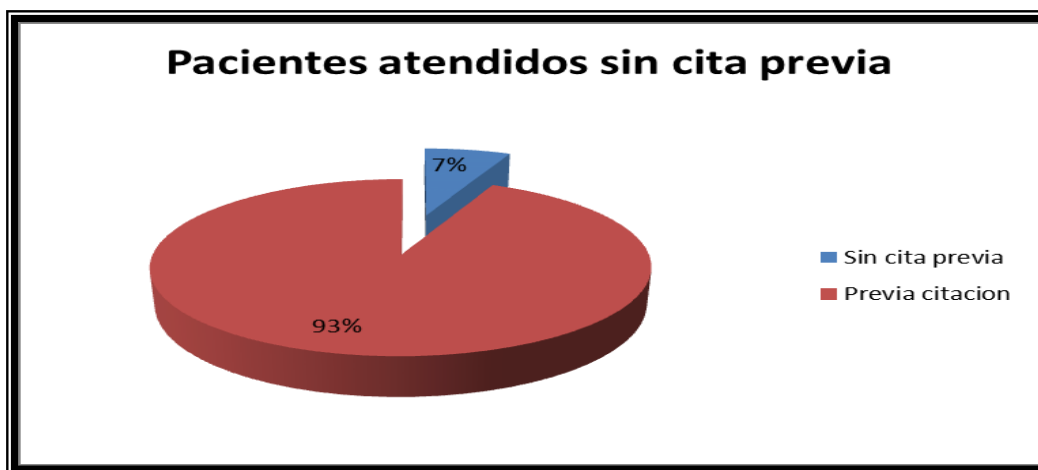
Fuente: Elaboración Propia.

III. Datos relativos al Servicio de Trabajo Social.

III.1. Sin cita previa.

En lo que respecta a las personas atendidas sin cita previa en algún momento libre del horario laboral de la consulta de Trabajo Social, corresponde a un 7% respecto a todas las atenciones realizadas en el periodo de octubre a diciembre del 2011. (Ver anexo, Tabla 17: Personas atendidas sin cita previa).

GRAFICO Nº 18: Pacientes Atendidos Sin Cita Previa.



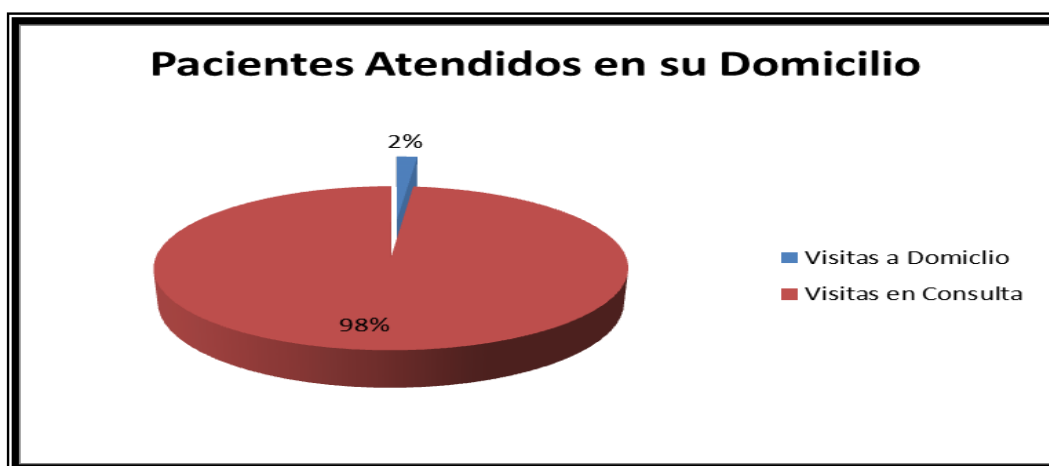
Fuente: Elaboración Propia.

III.2. Visita a domicilio.

Las visitas a domicilio realizadas en el periodo de tres meses en que se ha desarrollado la recogida de información y de datos, solo se ha realizado un 2% (3 visitas) del total de las atenciones realizadas del total de población que ha acudido a la consulta, que pertenece a 178 personas atendidas.

Este dato, en su mayoría corresponde a población mayor y sobre-envejecida que por diversas circunstancias personales, sociales y sanitarias no podían acudir a la consulta de Trabajo Social. (Ver anexo, Tabla 18: Visitas a domicilio realizadas).

GRAFICO Nº 19: Pacientes Atendidos en su domicilio.

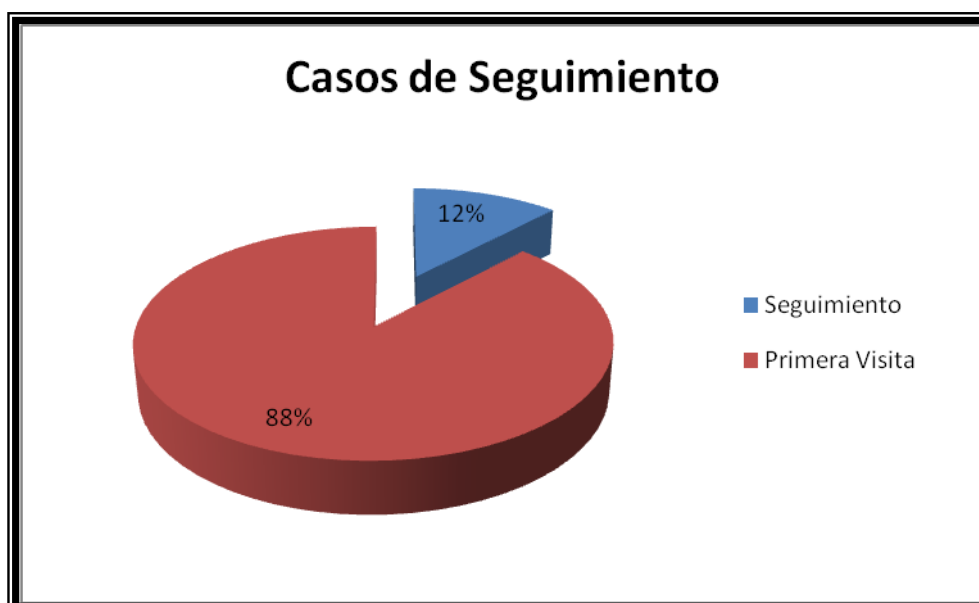


Fuente: Elaboración Propia.

III.3. Casos de seguimiento.

Respecto a los casos de seguimiento y conforme a la información proporcionada en el gráfico siguiente, a lo largo de los tres meses de recogida de información y de datos, se han realizado un total de 22 casos de seguimiento, lo que corresponde a un total del 12%, respecto al total de pacientes atendidos. Siendo, de este modo, 156 pacientes atendidos en una primera consulta, lo cual pertenece a un 88% del total. (Ver anexo, Tabla 19: Casos de seguimiento realizados).

GRAFICO Nº 20: Casos de seguimiento atendidos.



Fuente: Elaboración Propia.

6.2. Comparación con los Resultados de Otros Trabajos.

El segundo objetivo de este estudio determina hacer una comparación de los perfiles de los usuarios de los Centros de Salud Bombarda-Monsalud y Arrabal.

En este apartado se va a proceder a la comparación de los datos propios del Centro de Salud del barrio Arrabal, con el Centro de Salud Bombarda-Monsalud, perteneciente a una zona demografía y con características socio-sanitarias y económicas muy distintas al propio.

Para ello, como se comento anteriormente en el apartado de metodología, se han utilizado las mismas dimensiones, variables y categorías, para hacer de este modo posible la comparación, así como la metodología en lo que respecta en la recogida de información y de datos estadísticos.

En primer lugar se presenta a continuación una breve explicación de las particularidades del Barrio Bombarda-Monsalud.

El barrio de Bombarda-Monsalud se creó en el año 1961, dónde se configuraba como un barrio con baja edificación y zonas verdes privadas.

La población de la Zona que cubre el Centro de Salud Bombarda, reside un total de 17.267 habitantes, de los cuales 8.396 son hombres (48,9%) en relación a las mujeres 8.871 mujeres (51,1%) que viven en la zona.

En relación a la población extranjera según el Padrón Municipal (2009), hay un total de 2036 personas de origen extranjero, lo que equivale a un 11,86% de población respecto al total.

En lo que respecta al nivel de formación y educación de la población residente en el barrio Bombarda-Monsalud, en general son de un perfil muy bajo de calificación, además de haber una pequeño número de personas analfabetas, que no saben ni leer ni escribir, así como aquellos que tienen la educación primaria incompleta o solo esa titulación.

El nivel económico y situación laboral de la población, según el censo de población del 2009, la mayoría de la población activa de la zona tienen trabajo estable. Y respecto a la tasa de paro corresponde a un 12,9 % respecto a la población total activa. Teniendo en cuenta, que hay un gran número de

personas menores de 16 años, y personas mayores de edad avanzada, pensionistas.

Finalmente, Bombarda-Monsalud es una zona con amplios espacios, con zonas verdes, con abundantes comercios y zonas de ocio (destacando el Centro Comercial Augusta) y un buen equipamiento (Centro de Salud, Asociaciones de Vecinos, Escuelas de educación Primaria, Guarderías, Institutos de educación Secundaria, Red de Transportes...).

Y en segundo y último lugar, a continuación se muestran los datos comparativos de ambos dos barrios, al mismo tiempo que se comenta brevemente los contrastes, en lo que respecta a las semejanzas y diferencias entre los dos.

I. Datos específicos relativos a los pacientes atendidos en el Servicio de Trabajo Social:

I.1.Nº de pacientes atendidos.

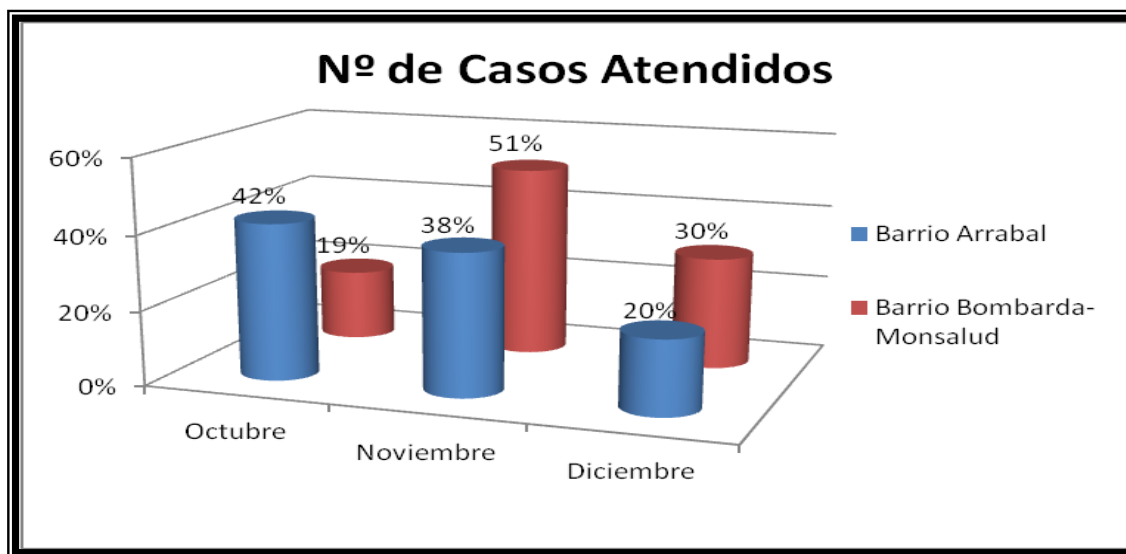
Como se observa en el siguiente gráfico, hay una gran diversidad de casos atendidos a lo largo de los tres meses, así como ser muy diferentes el número de pacientes atendidos en un mes en cada uno de los Centros Sanitarios.

En el mes de octubre, se atendió a una mayor proporción de población en el Centro de Salud Arrabal, en el Centro de Salud Bombarda acudieron 38 usuarios (19%) y en el barrio Arrabal 75 personas (42%).

Sin embargo, en el mes de noviembre, en el Centro de Salud Bombarda-Monsalud se ha atendió a un mayor número de pacientes siendo un 51% (99 personas), que en el Centro de Salud Arrabal con un 38% (68 usuarios).

Y en lo que respecta al mes de diciembre, como se puede observar que en el Centro de Salud Bombarda hay un mayor porcentaje (30%) de personas atendidas que en el Centro de Salud con un 20%, que equivale a 60 y 35 personas respectivamente. (Ver anexo, Tabla nº20: Número de pacientes atendidos Arrabal-Bombarda)

GRAFICO Nº 21: Nº de casos atendidos Arrabal-Bombarda.

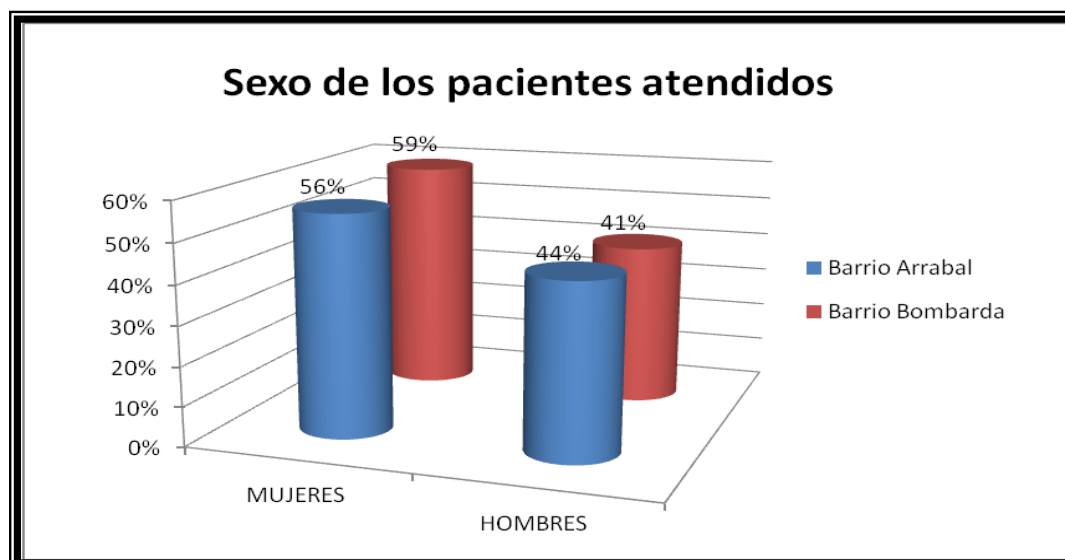


Fuente: Elaboración Propia.

I.2.Sexo de los pacientes atendidos.

En el siguiente gráfico representativo, se puede observar que entre los dos Centros Sanitarios analizados hay una gran similitud, en lo que respecta al género de los pacientes atendidos. En ambos dos casos, las mujeres son las que más han asistido al Servicio de Trabajo Social, siendo ambos casos datos muy equilibrados. Donde en el Centro de Salud Bombarda, durante los tres meses en los que se lleva a cabo la investigación acudieron 59 % mujeres y 41% de hombres, y en el caso del Centro de Salud Arrabal asistieron 56 % mujeres y 44% hombres. (Ver anexo, Tabla nº 21: Sexo de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda)

GRAFICO Nº 22: Sexo de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.



Fuente: Elaboración Propia.

I.3. Edad de los pacientes atendidos.

En lo que respecta a las edades de los pacientes atendidos a lo largo de los tres meses en los que se desarrolla la investigación, son edades muy diversas, pero en los dos Centros de Salud analizados, hay datos muy similares, con una mayor frecuencia de población adulta o también llamada "veterana" entre 43 y 65 años (32% en la Arrabal y 35% en la Bombarda).

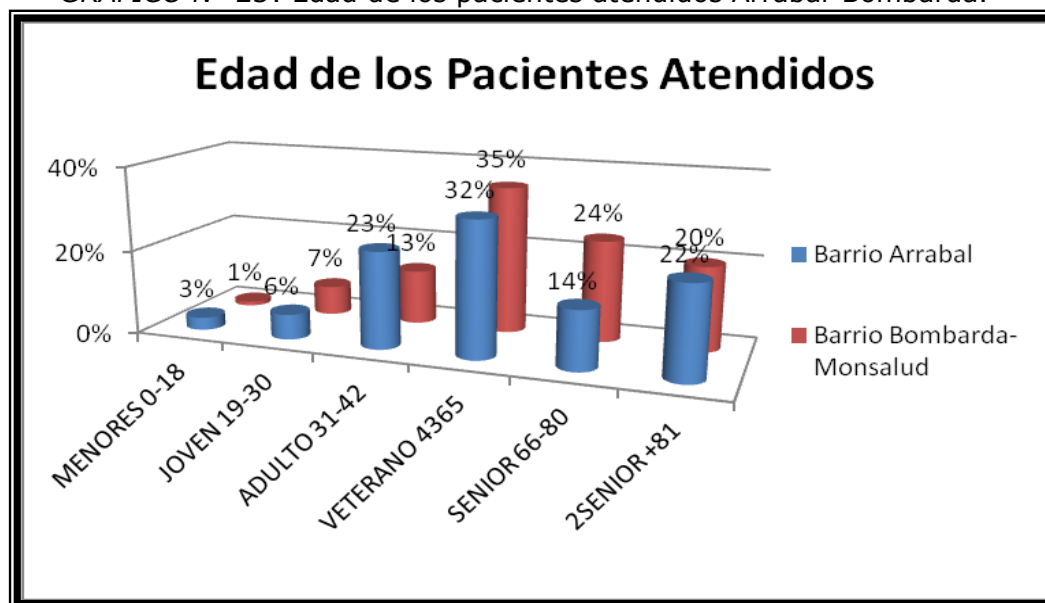
Del mismo modo, hay similitud en la proporción de personas sobre-envejecidas, superior a 81 años, que acuden al centro sanitario.

Por otra parte, hay diferencias entre los dos barrios en lo que respecta a población adulta y personas mayores que acuden al Centro de Salud. Siendo en el Centro de Salud Arrabal un mayor número de personas atendidas de edad adulta entre 31 y 42 años de edad respecto a la Bombarda. Sin embargo en el Centro de Salud Bombarda hay un mayor número de personas mayores atendidas que en el barrio Arrabal.

Y como se puede observar en el gráfico, a lo largo de los tres meses se han atendido en el Centro de Salud Arrabal y Bombarda a un pequeño porcentaje de usuarios con edad de menores de edad, con un 3% y 1% respectivamente y adolescentes y jóvenes, con un 6% y 7%.

(Ver anexo, Tabla nº 22: Edad de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda)

GRAFICO Nº 23: Edad de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.



Fuente: Elaboración Propia.

I.4.Ocupación de los pacientes atendidos.

Como se puede ver en el siguiente gráfico, la situación laboral de los pacientes que acuden al Servicio de Trabajo social en ambos dos Centros Sanitarios estudiados, hay similitudes y diferencias muy significativas.

La mayoría de la población atendida en ambos dos centros reciben una pensión, ya sea por jubilación o incapacidad, donde en el Centro de Salud Bombarda hay 108 personas atendidas (55%) y en el Centro de Salud Arrabal 79 personas (44%).

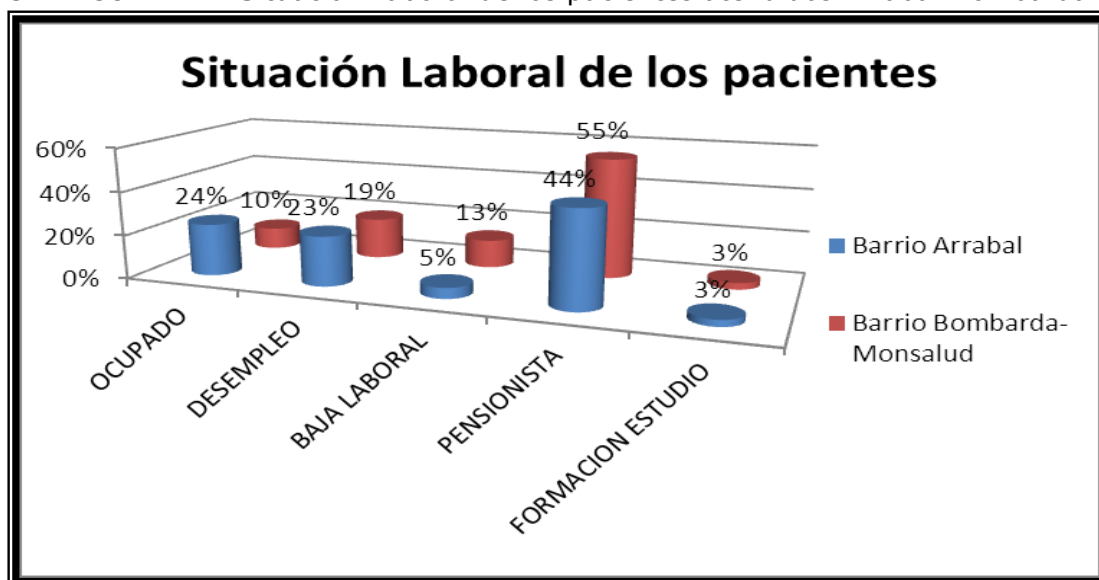
Y con menos frecuencia se han atendido a usuarios inactivos, concretamente por encontrarse en situación de formación y estudios, con un 3% en ambos dos Centros Sanitarios.

En lo que respecta a las diferencias más representativas, se puede observar que en el barrio Arrabal hay un mayor porcentaje de población atendida en situación activa, desempeñando un empleo, con un 24% (42 personas). Sin embargo en el barrio Bombarda hay un 10% de población atendida en situación activa, lo que corresponde a 20 personas. No obstante, la tasa de desempleo en los dos barrios es muy similar.

Y finalmente, las personas atendidas con baja laboral, hay una mayor cantidad de usuarios en el Barrio Bombarda con un 13% (26 personas), que en el barrio Arrabal con un 5% (9 personas).

(Ver anexo, Tabla nº 23: Situación Laboral de las personas atendidas Arrabal-Bombarda)

GRAFICO Nº 24: Situación Laboral de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.



Fuente: Elaboración Propia.

I.5.Nacionalidad de los pacientes atendidos.

En lo que respecta a la nacionalidad de la población atendida en los dos Centros Sanitarios, es muy significativo y representativo, que la mayoría de usuarios atendidos son personas autóctonas de origen Español. Sin embargo da que pensar, que debido al poco tiempo en el que transcurre la recogida de información, no se obtienen datos en los que refleje de una forma realista la situación de cada uno de los barrios.

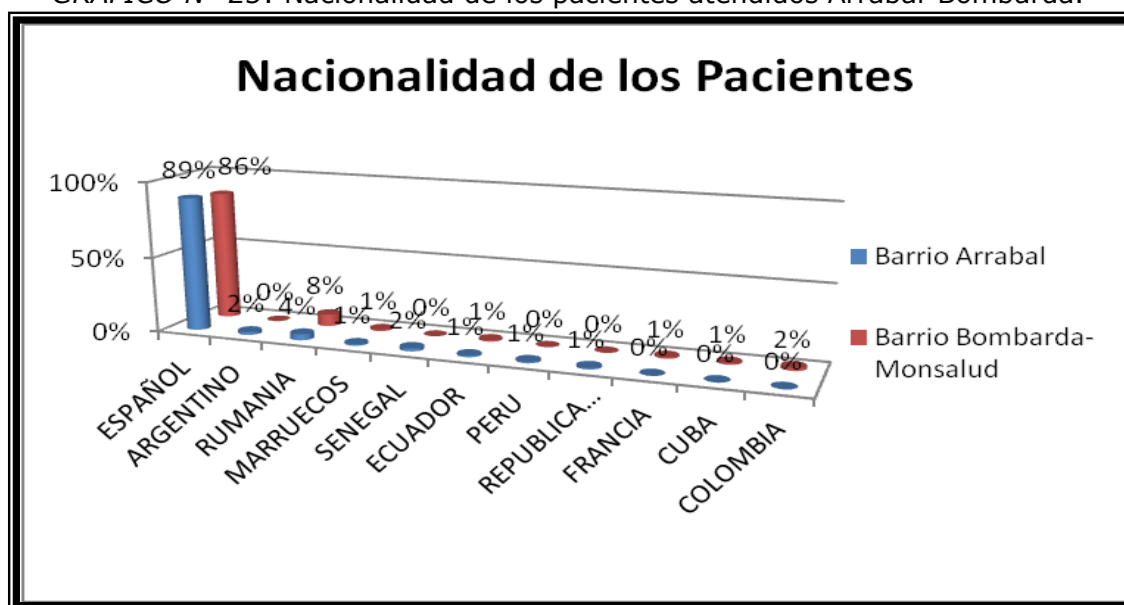
No obstante, además de la población autóctona, también se han atendido personas de otras nacionalidades, donde de todas ellas la más característica son las personas con origen de Rumania en ambos dos Centros Sanitarios analizados.

Del mismo modo, han acudido al Servicio de Trabajo Social en menor proporción personas de origen Argentino, Marruecos, Senegal, Ecuador, Perú, Republica Dominicana, Francia, Cuba y Colombia.

Finalmente, comentar en lo que respecta a la nacionalidad de las personas que se han atendido a lo largo de los tres meses de estudio, es que en los casos donde se expone 0%, se considera que en uno de los dos Centros de Salud no han acudido ninguna persona de esa nacionalidad en cuestión.

(Ver anexo, Tabla nº 24: Nacionalidad de la población atendida Arrabal-Bombarda)

GRAFICO Nº 25: Nacionalidad de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.



Fuente: Elaboración Propia.

I.6.Convivencia de los pacientes atendidos.

En la siguiente gráfica se muestra que hay gran variedad en lo que respecta a los modos de convivencia de las personas que han asistido al Servicio de Trabajo Social en ambos Centros Sanitarios.

En ambos casos, hay una mayor frecuencia de personas atendidas que residen con su pareja, ya sea de matrimonios o parejas de hecho. Donde en el Centro de Salud Bombarda hay un mayor porcentaje de personas, siendo un 37% respecto al total, y el centro de salud un 25% del total de personas atendidas.

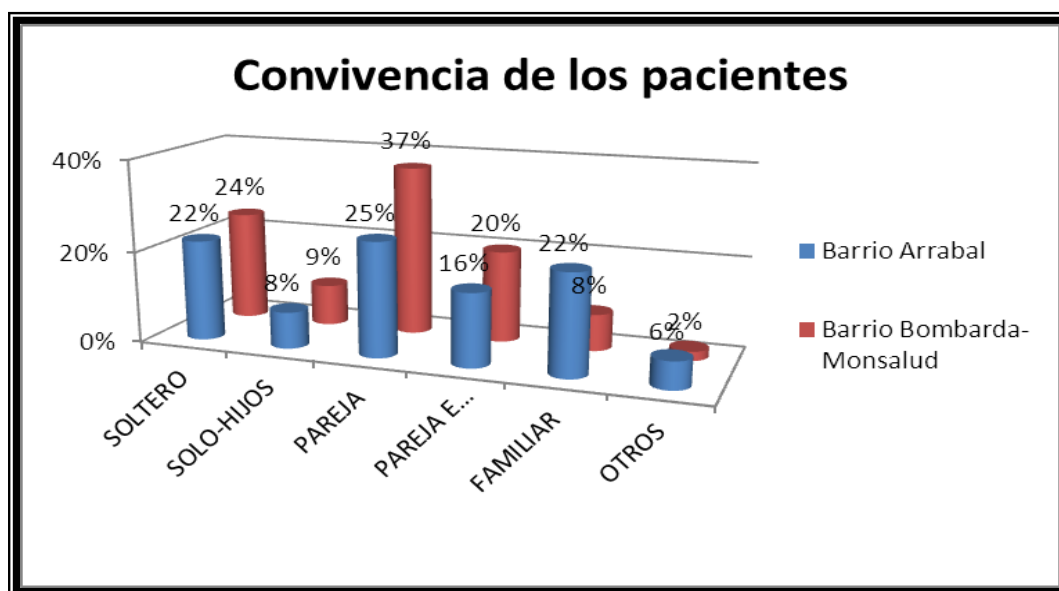
Por otra parte, hay similitud en lo que respecta a la minoría de personas que conviven con sus hijos o con otras personas sin relación de consanguineidad (cuidadores, compañeros de piso, etc.).

Del mismo modo, también hay una semejanza de personas que conviven solas en una misma vivienda (solteros); así como parejas con hijos (familias convencionales).

Por último comentar que hay una pequeña diferencia entre los dos Centros Sanitarios, en lo que respecta a población atendida de parejas que residen con sus hijos en una misma vivienda, siendo en el Centro de Salud Arrabal un mayor porcentaje de personas atendidas con 22% respecto al 8% del Centro de Salud Bombarda.

(Ver anexo, Tabla nº25: Convivencia de la población atendida Arrabal-Bombarda)

GRAFICO Nº 26: Convivencia de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.



Fuente: Elaboración Propia.

I.7.Datos clínicos y personales de la población atendida.

En lo que respecta a los datos clínicos y personales de la población atendida en los dos Centros Sanitarios analizados, como se muestra en el siguiente gráfico hay similitudes y grandes diferencias entre sí.

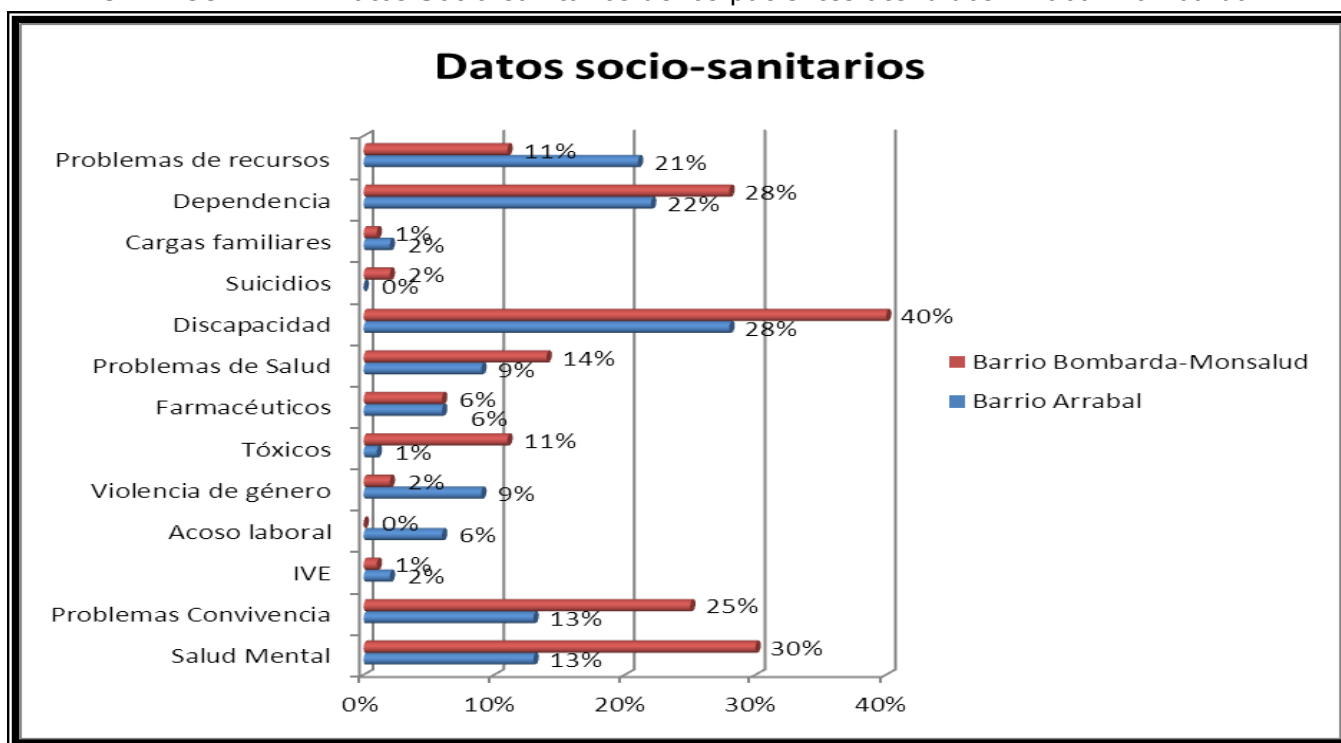
En primer lugar, llama la atención la gran cantidad de personas que demandan información, orientación, gestión y trámite para el reconocimiento de la situación de discapacidad en su gran mayoría, así como reconocimiento de la situación de dependencia. Aunque en ambos Centros Sanitarios hay un mayor porcentaje de población que demandan estos dos reconocimientos respecto al Centro Sanitario Arrabal.

Del mismo modo, otras semejanzas que se pueden observar en los dos Centros Sanitarios son problemas de salud, personas que demandan farmacia gratuita y personas que demandaba información y orientación sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), así como personas que tienen bajo su responsabilidad familiares dependientes (cargas familiares).

En lo que respecta a las diferencias más representativas de los dos Centros Sanitarios, la más significativa en el Centro de Salud Bombarda respecto a la Arrabal, es que en el primero hay un mayor número de personas atendidas con problemas de salud mental y problemas de convivencia, así como tóxicos y suicidios.

Por otra parte, diferencias llamativas del Centro de Salud Arrabal respecto a la Bombarda, es que hay un mayor porcentaje de casos atendidos sobre violencia de género y acoso laboral. (Ver anexo, Tabla nº 26: Datos socio-sanitarios de las personas atendidas Arrabal-Bombarda).

GRAFICO Nº 27: Datos Socio-sanitarios de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.



Fuente: Elaboración Propia.

II. Datos relativos a la demanda de los pacientes atendidos en el Servicio de Trabajo Social.

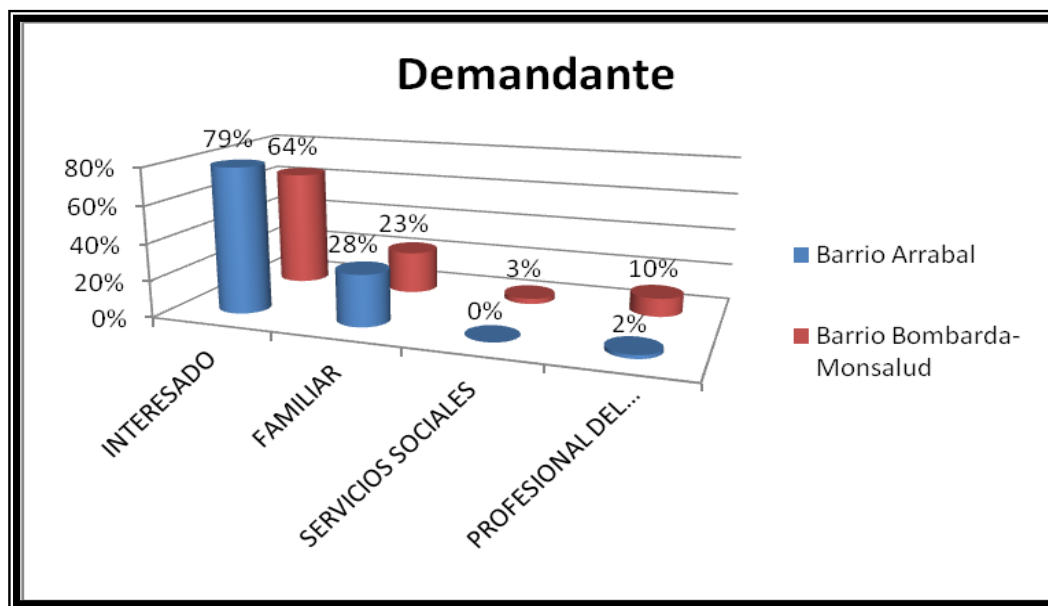
II.1. Persona Demandante.

Referente a la persona que realizan la demanda en los dos Centros Sanitarios hay variedad y diferencias entre ellos. No obstante en ambos Centros son muy similares los usuarios que realizan una demanda al Servicio de Trabajo Social, en su mayoría la petición se realiza por parte del propio interesado, pero también hay bastantes casos que la persona que lo solicita es por parte de algún familiar.

Por otra parte, hay una semejanza en lo que respecta al menor porcentaje de población de profesionales y servicios sociales que realizan una demanda al Servicio de Trabajo Social en el Centro Sanitario. En el caso del Centro de Salud Arrabal no hay ningún caso entre los meses que se lleva a cabo la investigación, que la demanda sea solicitada por parte de los Servicios Sociales Municipales, y en el caso de profesionales del mismo Centro Sanitarios son muy escasas y en ocasiones muy específicas las demandas, todo lo contrario en el Centro de Salud Bombarda donde hay un mayor número de peticiones en los

dos casos. (Ver anexo, Tabla 27: Personas que realizan la demanda de atención Arrabal-Bombarda)

GRAFICO Nº 28: Personas que realizan la demanda Arrabal-Bombarda.



Fuente: Elaboración Propia.

II.2. Tipo de demanda.

Como se muestra en el siguiente gráfico hay una gran diversidad en lo que se refiere al tipo de demanda que se realiza en la consulta de Trabajo Social en los dos Centros Sanitarios.

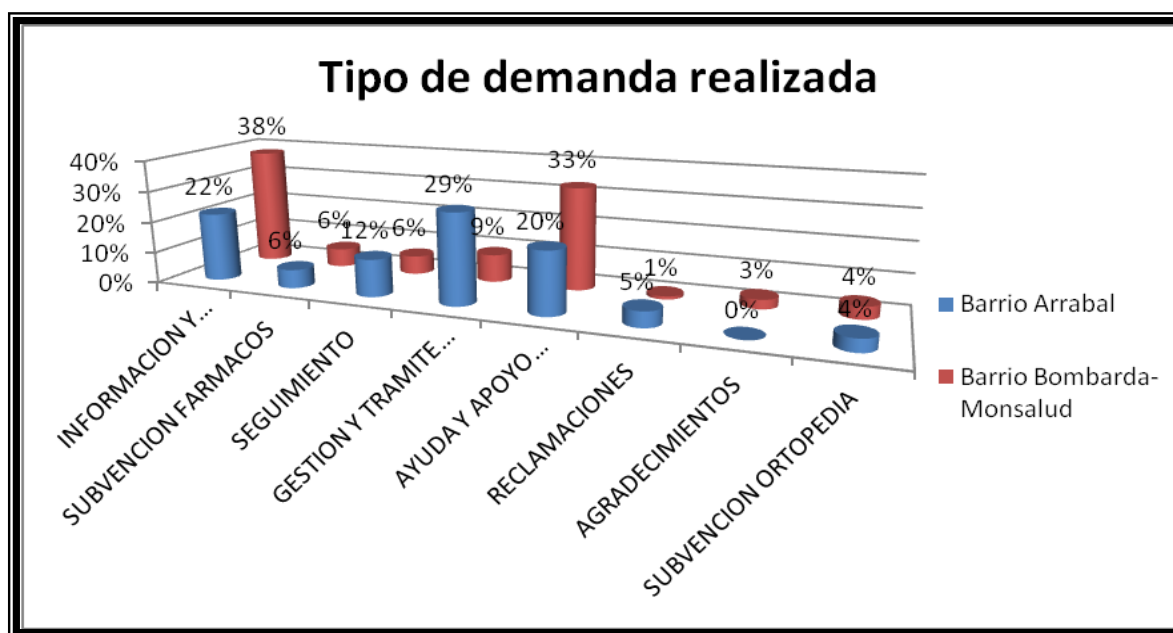
Las semejanzas y similitudes entre los dos Centros sanitarios, la mayoría de las demandas solicitadas son información y orientación, así como ayuda y apoyo a nivel psicológico y emocional.

Del mismo modo, hay gran semejanza pero en menor número de subvención de fármacos, seguimiento y subvención de ortopedia.

Por otra parte, las diferencias entre los dos Centros sanitarios, la más significativa es gestión y tramite, donde en el Centro de Salud Arrabal hay un mayor número de demandas respecto a la Bombarda.

Del mismo modo, hay diferencias pero en menor medida, en reclamaciones y agradecimientos, siendo en la Arrabal muchas más reclamaciones y ningún agradecimiento, en lo que se refiere a estos tres meses de estudio. Estos dos datos últimos, no quiere decir que la profesional del Centro de Salud Arrabal desarrolle incorrectamente su labor profesional o que los usuarios estén insatisfechos con su atención y servicio. (Ver anexo, Tabla 28: Tipo de demanda Realizada Arrabal-Bombarda).

GRAFICO Nº 29: Tipo de demanda realizada Arrabal-Bombarda.



Fuente: Elaboración Propia.

III. Datos relativos al Servicio de Trabajo Social.

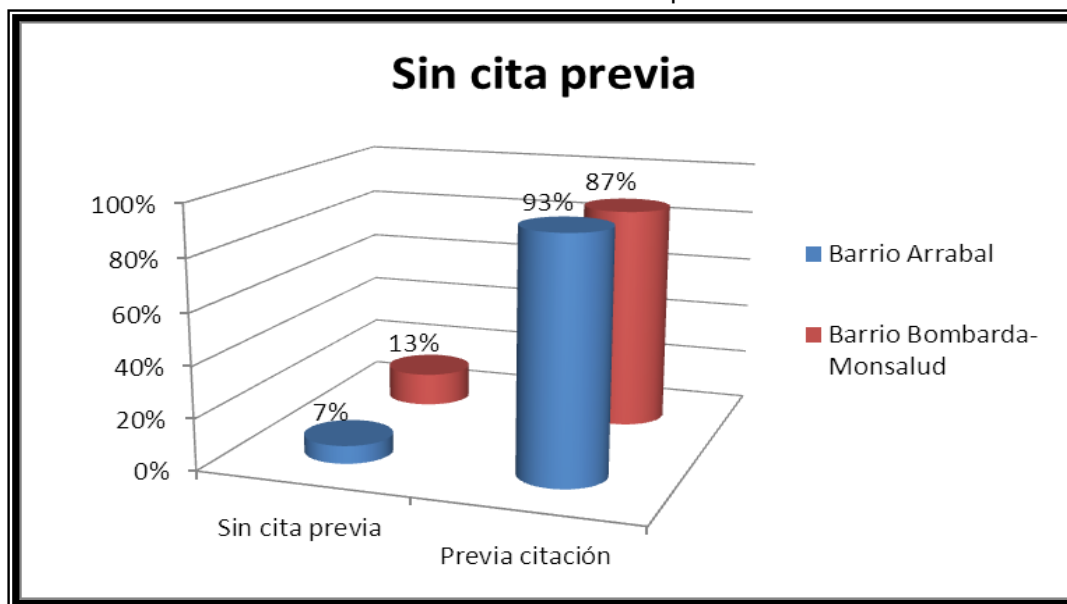
III.1. Sin cita previa.

Como se observa en el siguiente gráfico, los resultados de los datos recogidos a lo largo de los tres meses en que se realiza la investigación, en los dos Centros Sanitarios son muy semejantes en lo que respecta a las visitas sin cita previa realizadas. Donde en ambos casos hay una mayor frecuencia de personas atendidas con cita previa, que es como está estipulado el servicio.

No obstante hay usuarios atendidos sin cita previa, que son dados en su mayoría por casos de emergencia o en situación de tiempo libre en la agenda laboral, debido a la falta de algún paciente o horario sin ninguna citación.

(Ver anexo, Tabla 29: Personas atendidas sin cita previa Arrabal-Bombarda)

GRAFICO Nº 30: Personas atendidas sin cita previa Arrabal-Bombarda.

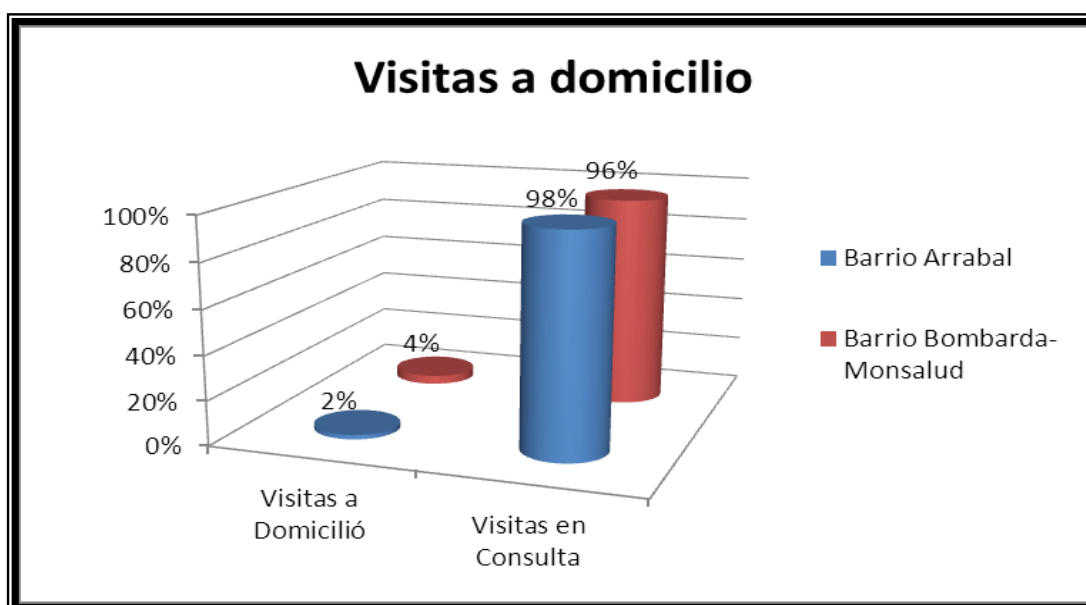


Fuente: Elaboración Propia.

III.2. Visita a domicilio.

En lo que respecta a las visitas a domicilio realizadas en los meses de octubre a diciembre del 2011, en los dos Centros de Salud analizados, se puede observar en el gráfico que las visitas a domicilio realizadas son muy semejantes y mínimas respecto al total de pacientes atendidos. (Ver anexo, Tabla 30: Visitas a domicilio realizadas Arrabal-Bombarda)

GRAFICO Nº 31: Personas atendidas en el domicilio Arrabal-Bombarda.

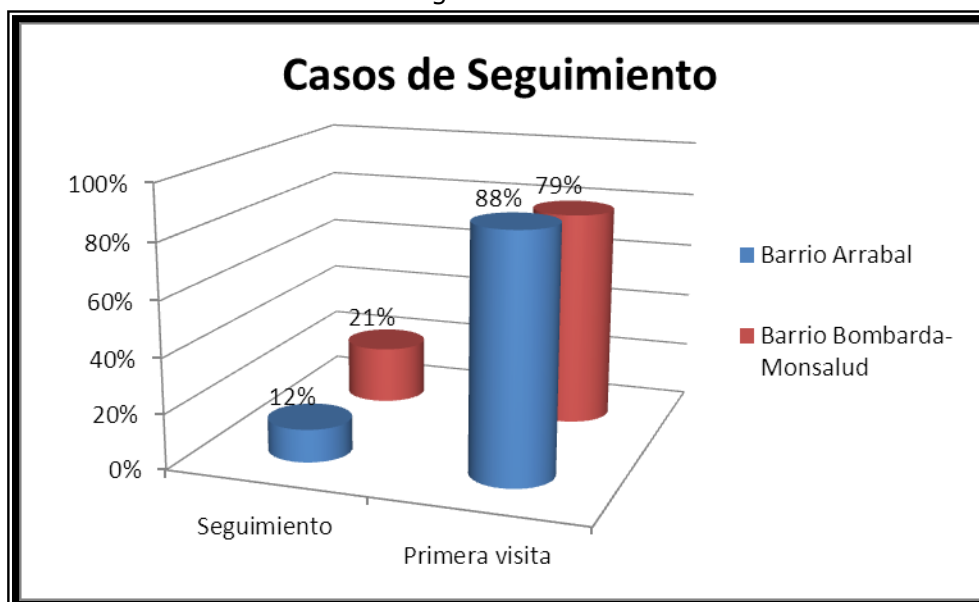


Fuente: Elaboración Propia.

III.3. Casos de seguimiento.

Por último, en lo que respecta a los casos de seguimiento realizados durante los tres meses, se puede observar en el gráfico que los datos de ambos dos Centros Sanitarios son muy similares. Donde la mayoría de pacientes atendidos consistían en primeras demandas, y un menor número de usuarios que llevan un seguimiento anterior a la investigación desarrollada. En estos casos, suelen ser tratamientos a nivel psicológico y emocional, ejemplo situaciones de violencia de género, acoso laboral, tóxicos, salud mental, etc. (Ver anexo, Tabla 31: casos de seguimiento realizados)

GRAFICO Nº 32: Casos de seguimiento realizados Arrabal-Bombarda.



Fuente: Elaboración Propia.

6.3. Análisis e Interpretación de los Resultados.

En este apartado, se expondrá brevemente una descripción a partir de la interpretación de los datos obtenidos en toda la investigación. Haciendo mención a aquellas variables más representativas y destacadas a lo largo de toda la investigación, a nivel individual de solo el Centro Sanitario del barrio Arrabal en primer lugar y en segundo lugar se realizara una descripción de la comparación de las características socio-demográficas y sanitarias de los Centros de Salud Arrabal y Bombarda-Monsalud.

a) Análisis e interpretación de los resultados del Centro de Salud Arrabal.

A modo general decir que hay una gran diferencia de usuarios atendidos a lo largo de los tres meses de recogida de información, que transcurre esta investigación. En los meses de octubre y noviembre el número de pacientes atendidos es muy aproximado, sin embargo el descenso de pacientes atendidos en diciembre, puede ser debido a los periodos vacacionales que se producen a lo largo de estos meses, como puede ser Navidad, y algunos días festivos de los cuales disponía la Trabajadora Social, aunque también se podría suponer pero no con gran exactitud, que estas fechas suele la gente a ponerse menos enferma o solicitar menos el servicio de Trabajo social, ya que se suele desplazar parte de los habitantes a otras zonas de vacaciones o visita a sus familiares.

En lo que respecta a la dimensión de los "*pacientes atendidos*", el género de los pacientes que han acudido a la consulta, la mayoría de los usuarios son mujeres, lo que pude dar lugar a pensar que las mujeres acuden con más frecuencia al Centro Sanitario debido al contexto socio-cultural en el cual se desenvuelven, es decir se tiene la idea de que los hombres, solo recuren a los médicos en caso de urgencias o problemas de salud grave, en cambio las mujeres asisten en casos de problemas sanitarios propios, de los hijos, acompañamiento de parientes (padres, suegros, etc.), como posible causa de cuidados y apoyo formal.

En el caso de las edades que frecuentan el Servicio de Trabajo Social, son muy variadas entre sí, pero las que en su mayoría suelen acudir son entre 43 a 65 años, así como personas adultas de 31 a 42 años y mayores sobre-envejecidas de 80 años, lo que lleva a pensar y suponer el tipo de demanda que más solicitaran esta franja de edad. La frecuencia de estas edades en la consulta de Trabajo Social puede ser debido a que tienen mayores cargas y responsabilidades, como pueden ser los hijos, el hogar, el trabajo, etc. y un problema a nivel social o sanitario puede desencajar o descuadrar el modo de vida, influyendo de este modo en diferentes aspectos de nuestra vida

cotidiana. En el caso de personas mayores sobre-envejecidas, también hay un gran número de consultas debido a que la esperanza de vida aumenta pero requieren de apoyo socio-sanitario.

Por otra parte, la nacionalidad de los usuarios atendidos, en su mayor parte son de origen Español, aunque teniendo en cuenta que el periodo de recogida de datos es una pequeña franja de tiempo, no se puede generalizar y de este modo decir que en todo un año, las personas que más acuden a la consulta de Trabajo social son Españolas. No obstante, hay que tener en cuenta que también hay un número representativo de atención de personas de nacionalidad Rumana, respecto a las demás. Además se corresponde con las características socio-demográficas del Barrio Arrabal, donde uno de los países más representativos de origen extranjero en toda la zona, es Rumania.

En lo que respecta a la ocupación o situación laboral de las personas que han acudido al servicio, la mayoría son pensionistas, lo que está muy relacionado con la variable edad (personas muy mayores), así como la variable género (mujeres). Donde las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, sin embargo envejecen en peores condiciones físicas como consecuencia del tipo de vida que han llevado a lo largo de todos los años. Por lo tanto alcanzan una edad muy superior, y debido a las condiciones socio-sanitarias que presentan acuden en mayor medida y frecuencia a los Centros de Salud. Asimismo, también está relacionado con la variable de personas que solicitan el reconocimiento de discapacidad, ya que según el nivel y grado de discapacidad, se les asigna una determinada cantidad, a modo de pensión por invalidez o incapacidad.

Del mismo modo, comentar que la tasa de ocupación y de paro de la población atendida, está muy equilibrada entre sí, pero ligeramente hay un porcentaje mayor de personas ocupadas de forma activa.

En referencia al modo de convivencia en el que residen los pacientes que se han atendido durante el periodo de recogida de datos, existe una gran variedad. Principalmente la mayoría de ellos viven acompañados, ya sea en pareja o con algún miembro de la familia extensa, seguido por los solteros.

Conforme a los resultados obtenidos de los datos clínicos y personales de las personas atendidas a lo largo de los tres meses, hay diversos aspectos a valorar:

- La mayoría de las demandas solicitadas, requerían información y orientación, así como tramitación del reconocimiento de la situación de discapacidad y dependencia, sin olvidar que muchos de ellos además pedían asesoramiento acerca sobre el servicio de tele-asistencia y servicio de ayuda a domicilio (SAD). Quizás debido a la crisis, en los últimos años ha aumentado el número de población que solicitan estos dos recursos a modo de apoyo socio-sanitario, al mismo tiempo que económico.
- Hay un gran porcentaje de personas con problemas de recursos, principalmente debido a la ausencia de recursos económicos que les impiden mantener un buen nivel de vida, lo que conlleva además a la solicitud de subvención de fármacos por parte de Farmacéuticos sin Fronteras.
- Influencia de casos atendidos sobre violencia de género, salud mental y problemas de convivencia. Posiblemente debido a que la profesional de Trabajo Social está especializada en el tratamiento e intervención con personas que presentan este tipo de situaciones.
- Personas atendidas con menor influencia, han sido casos sobre intervención voluntaria del embarazo (IVE), drogodependencias (en lo que se refiere alcohol y drogas) y cargas familiares (cuidadores de personas dependientes o con alguna discapacidad).

Y por último comentar, los casos cuyo motivo principal de la demanda eran problemas de salud, aunque es un menor número de solicitudes, al fin y al cabo todas las demandas requeridas por cada uno de los pacientes tiene que ver con la salud. Lo que cabe destacar la importancia que tiene la salud en un contexto social determinado y como, de esta manera influye en la calidad de vida de las personas. Y de esta manera es muy importante la labor del

Trabajador Social, como argumenta Ituarte Tellaeché (Ituarte Tellaeché, A., 2001: 23):

“La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquéllas”

En segundo lugar, en lo que respecta a la dimensión "*demanda*", las personas que solicitan atención, la mayoría eran las mismas personas interesadas la que se acercaban a la consulta a exponer sus situaciones problemáticas o inestables. Pero también hay muchos otros casos, que son los familiares, cuidadores o profesionales del Centro Sanitarios, ya sea para informar sobre una situación, a modo de ayuda o apoyo, o bien porque la persona interesada no tenía la suficiente capacidad y autonomía para realizar la solicitud por sí misma.

Asimismo, hay que tener en cuenta, que durante el periodo de recogida de información y datos de tres meses, no ha habido ningún caso en el que los servicios sociales hayan contactado con la trabajadora social del Centro de Salud para comunicar algún tipo de demanda.

En el caso de los tipos de demandas realizadas, hay diversos aspectos a destacar:

- La mayoría de la población atendida requerían gestión y trámite en lo que respecta a la solicitud de reconocimiento de situación de discapacidad, dependencia u ambas.
- Gran número de personas demandaban información y orientación sobre alguna cuestión en concreto, intentando desde el Trabajo Social que estas personas y sus familias tenga acceso a los recursos, a las prestaciones y a los servicios que necesiten en cada uno de los casos.
- Asimismo, es muy significativo el número de personas que acudían a la consulta a modo de buscar ayuda y apoyo a nivel emocional, en lo que respecta que el usuario expone su problema (tal como él lo ve y

lo siente), y desde el Trabajo Social se le ofrece una ayuda y apoyo a nivel psicológico y social.

- Una cuarta parte de la población atendida en la consulta se trataba de casos anteriores a la recogida de información y datos, que consistían en casos de seguimiento y tratamiento a largo tiempo, con lo cual lleva mucho tiempo de intervención con los pacientes. Estos casos la mayoría se corresponden a casos de violencia de género, acoso laboral, salud mental, problemas de recursos, etc. los cuales requieren mayor tiempo de actuación e intervención con las personas.
- Los casos menos frecuentes, han sido subvención de fármacos, reclamaciones, subvención de ortopedia, agradecimientos, etc.

En tercer y último lugar, en lo que respecta a la *dimensión del Servicio de Trabajo Social*, concretamente aquellos pacientes que acudieron al servicio con cita y sin cita previa, es una pequeña proporción. Hay que tener en cuenta, que este tipo de servicios requieren una programación y planificación rigurosa, y es complicado atender a pacientes que acuden sin una citación previa, ya que tienen prioridad aquellas personas que concertaron cita, a no ser que sea por motivos de grave urgencia.

Por otra parte, las visitas domiciliarias realizadas en el periodo de tres meses son mínimas, lo cual la mayoría de las demandas han sido expresadas directamente desde la consulta. Las visitas a domicilio desarrolladas en su mayoría consistían en visitar a personas de edad muy avanzada que por sus características socio-sanitarias no tenían la capacidad desplazarse hasta el Centro Sanitario.

Por último, los casos de seguimiento realizados a lo largo de los tres meses de recogida de información, es una pequeña proporción respecto a toda la población atendida, siendo la mayoría primera consulta.

b) Análisis e Interpretación de los resultados de la comparación del Centro de Salud Arrabal y Bombarda-Monsalud.

A modo genera, en los tres meses en los cuales se ha llevado a cabo la investigación, hay una gran diversidad en lo que se refiere a pacientes atendidos en cada mes en los Centros Sanitarios.

En el mes de octubre, se atendió a una mayor proporción de población en el Centro de Salud Arrabal. En el mes de noviembre, en el Centro de Salud Bombarda-Monsalud se ha atendió a un mayor número de pacientes que en el barrio Arrabal. Y finalmente en diciembre, se atendieron a un mayor número de usuarios en el barrio de la Bombarda respecto al Centro de Salud Arrabal.

Por otra parte, en lo que respecta a la dimensión de los "*pacientes atendidos*", el género de los pacientes que han acudido a la consulta se asemeja en los dos Centros Sanitarios, siendo en ambos casos las mujeres las que más frecuentan la consulta. Esto puede ser debido a que en ambos dos barrios hay un mayor número de mujeres en la población total del mismo, asimismo suelen ser las mujeres las que más acuden a los Centro de Salud, debido a las características socio-sanitarias que presentan, ya que tienen una mayor esperanza de vida pero en peores condiciones de salud.

En el caso de las edades, hay variaciones y similitudes entre los dos Centros:

- La edad de la población que más frecuenta el servicio son de 43 a 65 años en ambos casos, así como la gran cantidad de personas sobre-envejecidas con una edad superior a 81 años. Suelen ser personas que solicitan reconocimiento de discapacidad o dependencia, como causa de algún tipo de problema de salud, a nivel físico, psíquico o cognitivo, al mismo tiempo otras personas presentan situaciones problemáticas en el ámbito laboral, relacional, en el hogar, etc. En definitiva, en estas edades influyen muchos más aspectos a nivel bio-psico-social que puede dar lugar a una demanda al Servicio de Trabajo Social en ambos Centros de Salud.

- Hay semejanza en la poca cantidad de población atendida menores de edad de 0 a 18 años y adolescentes y jóvenes de 19 a 30 años. Debido a que estas franjas de edad no suelen graves problemas a nivel sanitario y social que puedan influir en los demás aspectos de la vida cotidiana.
- Diferencias en lo que respecta a población adulta de 31 a 42 años y personas mayores de 66 a 80 años, donde el Centro de Salud Arrabal en los tres meses que se realiza el estudio hay un mayor número de población adulta que en el barrio de la Bombarda, y en este hay un mayor número de personas mayores respecto al barrio Arrabal. Esto puede ser debido, a que el propio barrio de la Arrabal hay un mayor porcentaje de población de personas mayores y sobre-envejecidas que en el barrio de la Bombarda-Monsalud.

En el caso de la situación laboral de las personas que acuden al Servicio de Trabajo Social, de la misma manera hay similitudes y diferencias entre los dos Centros Sanitarios:

- La mayoría de la población atendida en ambos dos centros reciben una pensión, ya sea por jubilación o incapacidad. Lo que está muy relacionado con las franjas de edad de las personas que acuden a los Centros de Salud, donde la mayoría son personas mayores, y no menos importantes personas adultas en situación de discapacidad, lo que conlleva a pensar que reciban una pensión por incapacidad o invalidez.
- Con menos frecuencia se han atendido a usuarios inactivos, concretamente por encontrarse en situación de formación y estudios, como es el caso de personas menores y jóvenes.
- La tasa de desempleo en los dos barrios es muy similar, lo que está muy relacionado con las características generales de ambos barrios.
- Las diferencias más significativas, en el barrio Arrabal hay un mayor porcentaje de población atendida en situación activa, desempeñando

un empleo. Sin embargo, las personas atendidas con baja laboral, hay una mayor cantidad de usuarios en el Barrio Bombarda.

En lo que respecta a la nacionalidad de la población atendida en los dos Centros Sanitarios, es muy significativo y representativo, que la mayoría de usuarios atendidos son personas autóctonas de origen Español.

No obstante, además de la población autóctona, también se han atendido personas de otras nacionalidades, donde de todas ellas la más característica son las personas con origen de Rumania en ambos dos Centros Sanitarios analizados.

Del mismo modo, han acudido al Servicio de Trabajo Social en menor proporción personas de origen Argentino, Marruecos, Senegal, Ecuador, Perú, Republica Dominicana, Francia, Cuba y Colombia.

Lo que nos puede dar a pensar es que las personas de origen extranjero no acuden con tanta frecuencia como las personas autóctonas, y de este modo derogar la hipótesis de muchos ciudadanos de que las personas inmigrantes colapsan los servicios, incluido los Centros Sanitarios. Sin embargo, con los datos recogidos en los tres meses en los que se lleva a cabo la investigación, no podemos extrapolar esta información a nivel general a todo el año, ya que con los resultados obtenidos no se puede conocer la frecuencia con la que acuden las personas inmigrantes al Centro de Salud, y en concreto al Servicio de Trabajo Social durante todo un año.

Por otra parte, hay una gran variedad en lo que respecta a los modos de convivencia de las personas que han asistido al Servicio de Trabajo Social en ambos Centros Sanitarios:

- Mayor frecuencia de personas atendidas que residen con su pareja, ya sea de matrimonios o parejas de hecho.
- Similitud en la minoría de personas que conviven con sus hijos o con otras personas sin relación de consanguineidad (cuidadores, compañeros de piso, etc.).

- Semejanza en los dos Centros Sanitarios de personas que conviven solas en una misma vivienda (solteros); así como parejas con hijos (familias convencionales).

En lo que respecta a los datos clínicos y personales de la población atendida a lo largo de los meses de octubre a diciembre, hay grandes similitudes y diferencias entre los dos Centros Sanitarios:

- Llama la atención la gran cantidad de personas que demandan información, orientación, gestión y trámite para el reconocimiento de la situación de discapacidad en su gran mayoría, así como reconocimiento de la situación de dependencia.
- Semejanzas en los problemas de salud, personas que demandan farmacia gratuita y personas que demandaba información y orientación sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), así como personas que tienen bajo su responsabilidad familiares dependientes (cargas familiares).
- Diferencias más representativas, en el Centro de Salud Bombarda hay un mayor número de personas atendidas con problemas de salud mental y problemas de convivencia, así como tóxicos y suicidios. Y en el Centro de Salud Arrabal hay un mayor porcentaje de casos atendidos sobre violencia de género y acoso laboral.

En segundo lugar, en lo que respecta a la dimensión "*demanda*", las personas que solicitan atención en los dos Centros Sanitarios hay variedad y diferencias entre ellos. No obstante en ambos Centros son muy similares, los usuarios que realizan una demanda al Servicio de Trabajo Social en su mayoría la petición se realiza por parte del propio interesado, pero también hay bastantes casos que la persona que lo solicita es por parte de algún familiar.

Por otra parte, los profesionales del Centro Sanitario y servicios sociales son en muy pocas ocasiones las que solicitan una demanda al Servicio de Trabajo social Sanitario.

Asimismo, hay una gran diversidad en lo que se refiere al tipo de demanda que se realiza en la consulta de Trabajo Social en los dos Centros Sanitarios:

- La mayoría de las demandas solicitadas en los ambos centros, son información y orientación, así como ayuda y apoyo a nivel psicológico y emocional.
- Aproximación en subvención de fármacos, seguimiento y subvención de ortopedia.
- Diferencias entre los dos Centros sanitarios, la más significativa es gestión y tramite, donde en el Centro de Salud Arrabal hay un mayor número de demandas respecto a la Bombarda.
- Del mismo modo, pero en menor medida, en reclamaciones y agradecimientos, siendo en la Arrabal muchas más reclamaciones y ningún agradecimiento, en lo que se refiere a estos tres meses de estudio.

En tercer y último lugar, en lo que respecta a la *dimensión del Servicio de Trabajo Social*, concretamente aquellos pacientes que acudieron al servicio con cita y sin cita previa, en los dos Centros Sanitarios los resultados son muy parecidos. En ambos casos hay una mayor frecuencia de personas atendidas con cita previa, que es como está estipulado el servicio.

Por otra parte, las visitas a domicilio realizadas en los meses de octubre a diciembre del 2011, en los dos Centros de Salud analizados, las visitas a domicilio realizadas son muy semejantes y mínimas respecto al total de pacientes atendidos.

Y finalmente, la mayoría de pacientes atendidos consistían en primeras demandas, y un menor número de usuarios que llevan un seguimiento anterior a la investigación desarrollada. En estos casos, suelen ser tratamientos a nivel psicológico y emocional, ejemplo situaciones de violencia de género, acoso laboral, tóxicos, salud mental, etc.

7.CONCLUSIONES.

7.1. Evaluación de los Objetivos.

Relacionados los resultados obtenidos, efectuando su análisis e interpretación, es preciso acudir al inicio de este trabajo para comprobar si realmente se han cumplido los objetivos planteados.

Se consta que los objetivos generales que se plantearon al principio de la investigación se han cumplido en su totalidad.

En lo que respecta al **objetivo general nº1**, *Conocer las características socio demográficas asociadas a la demanda socio-sanitaria del Barrio Arrabal, desde los datos obtenidos en la consulta de Trabajo Social del Centro de Salud*, a partir del análisis e interpretación de los datos recogidos en la consulta de trabajo social, se ha podido extraer información muy significativa del perfil y características socio-sanitarias más representativas de la población que acude a este servicio.

De los resultados de los datos más representativos, obtenidos a lo largo de toda la investigación, el *perfil característico aproximado de la población que acude al Servicio de Trabajo Social en el Centro de Salud Arrabal*, sería una mujer adulta (entre 43 y 65 años), de nacionalidad Española, cuya situación laboral está desempleada, convive con su pareja. Acude ella misma al Servicio de Trabajo Social, con la finalidad de solicitar información y orientación, así como gestión y trámite para el reconocimiento de situación de discapacidad.

ILUSTRACIÓN 4: Perfil característico.



FUENTE: Google

Es importante señalar la información recogida de la consulta de Trabajo Social durante los tres meses de octubre a diciembre no se puede inferir a la población general residente en el barrio Arrabal, ya que los datos aportados son muy escasos respecto al número total de población del barrio. Siendo un

0,23% de todo el barrio, o lo que es lo mismo se ha prestado atención a 178 usuarios en la consulta respecto a una cantidad de 78.733 habitantes.

Asimismo tampoco podría llevarse a cabo ese ejercicio de generalización de la población estudiada ya que no es una muestra aleatoria calculada y seleccionada estadísticamente respecto del total de la población del barrio sino que en todo momento se trabaja con toda la población/universo que acude al Centro de Salud, y en concreto al Servicio de Trabajo Social, durante un periodo de tiempo determinado.

Y por lo tanto, tampoco se puede realizar un estudio comparativo de las características socio-demográficas y sanitarias del barrio en cuestión con el resto de población que reside en la ciudad de Zaragoza.

Aunque hay que tener en cuenta, que la finalidad de la investigación no era buscar una generalización de los resultados obtenidos frente a la población general que reside en el Barrio Arrabal, y tampoco de la ciudad de Zaragoza. Ya que en todo momento la pretensión del estudio era realizar una investigación exploratoria, que con toda certeza, una vez concluida, da pie a planificar otros trabajo en esta línea de investigación.

Por otra parte, tras conocer las características más significativas de la población que acude al Servicio de Trabajo social se ha intentado buscar relaciones de casualidades entre las diferentes variables y categorías; sin embargo, no se ha podido llevar a cabo debido a la poca cantidad individuos que componen la población objeto del estudio y las bajas frecuencias, como ha quedado demostrado tras la realización de la prueba estadística X², que en la búsqueda de relaciones entre variables ha dado como resultado el error al no disponer de frecuencias suficientes para establecer esas relaciones de causalidad

Luego el objetivo que habla de buscar relaciones entre variables no se ha podido cumplir, fundamentalmente por las pocas frecuencia, lo que anima a continuar con la recopilación de datos para describir esas asociaciones y elaborar ese screening que posibilite la detección de casos, planificación, etc.

En lo que respecta al **objetivo general nº2**, *comparar los datos obtenidos, con el Centro de Salud Bombarda-Monsalud ubicada en la misma ciudad, para averiguar las diferencias y similitudes de los perfiles de las personas que acuden al Servicio de Trabajo Social en los Centros Sanitarios*; a partir de los datos aportados por el Servicio de Trabajo Social del Centro de Salud Bombarda-Monsalud, utilizando la misma metodología, dimensiones, variables y categorías a estudiar, se ha podido realizar una comparación de las características socio-demográficas y sanitarias más representativas de los dos barrios a analizar (Arrabal y Bombarda).

En el apartado de comparaciones con otros estudios se puede observar cada una de las dimensión, variables y categorías, donde se muestra gráficamente las similitudes y diferencias entre los dos barrios analizados.

7.2. Valoración Personal y General de la Investigación.

Antes de nada, comentar que antes de que se hiciera este estudio sobre el perfil y características de la población que acude al Centro de Salud Arrabal y en concreto al Servicio de Trabajo Social, no había ningún tipo de publicación en el Centro de Salud relacionada con un trabajo de estas características.

Lo que lleva a pensar, una de las ventajas principales de la investigación en general, y en concreto de los resultados expuestos, es que podría dar lugar a nuevas investigaciones y estudios (continuidad), como puede ser el caso de conocer cuánto frecuenta una persona el Centro de Salud, así como hacer un mayor hincapié de las problemáticas más visibles y representativas de la población que acude a la consulta, a modo de plantear y promover nuevas líneas de intervención, alternativas, y protocolos para "dar solución" cada una de ellas desde la labor de la profesional de Trabajo Social en el Centro de Salud Arrabal.

Pero para todo ello, sería necesario e importante una recogida de información exhaustiva y extensa en el tiempo, de modo que pueda haber una relación de causalidad entre diferentes dimensiones y variables.

En definitiva, antes en el Centro de Salud no se había tratado ningún aspecto relacionado con los que en esta investigación se trabajan, como son

las características más significativas de la población que acude al Servicio de Trabajo Social, lo que lleva a pensar que se ha realizado una labor importante para el trabajo de la profesional, y que sería de gran utilidad y de importancia continuar.

Por otra parte, el programa informático OMI-AP, utilizado en el Centro de Salud, consiste en un instrumento muy útil, donde se recogen los datos personales y la historia clínica de cada uno de los pacientes. Pueden acceder a él, todos los profesionales del centro sanitario, dejando constancia de la intervención que realiza cada uno de los profesionales del Centro de Salud, trabajando de forma coordinada y conjunta, incluyendo cada uno de ellos sus diagnósticos, referencias, intervenciones, etc. destacando los puntos más importantes del análisis, así como el tratamiento más conveniente.

Sin embargo, desde mi experiencia en el Centro de Salud, la información expuesta en este programa informativo es muy breve, escueta y en muchas ocasiones escasa, ya que los apartados son muy sintéticos y condensados, en definitiva no hay espacio suficiente para mostrar toda la información requerida, de este modo puede dar lugar en ocasiones a la pérdida de datos en la sistematización de la información de algunas consultas.

Por otra parte, en lo que respecta al trabajo multidisciplinar de un Centro de Salud, desde mi opinión personal es muy importante el trabajo conjunto y coordinado entre los diferentes profesionales que forman parte en el Centro de Salud, de este modo combinando información personal, social y clínica. Ya que hoy en día la medicina toma en consideración todos los aspectos bio-psico-social de la persona, donde el papel del Trabajo Social es una parte fundamental.

Como argumenta Ituarte Tellaeche (2001), *"La actividad profesional tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquéllas"*.

En definitiva la salud, es el estado de completo bienestar físico, psico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades, siendo un

estado de equilibrio bio-psico-social, que permite el desarrollo del ser humano en su conjunto, en un proceso dinámico que influyen diversos factores internos del individuo y externos del propio entorno donde se desenvuelve.

Por otra parte, es evidente que todo proceso metodológico de investigación está ligado a una serie de dificultades y limitaciones que pueden afectar al resultado final del mismo. Si consultamos bibliografía¹⁵ sobre este aspecto, podemos ver que no todos los estudios tienen las mismas limitaciones, que cada investigación es diferente y particular y que existen infinidad de barreras u obstáculos en todo proceso independientemente de la temática que se plantee por sencilla que parezca.

Esta investigación no es una excepción y desde el inicio de la misma, se han encontrado distintas restricciones e inconvenientes que han dificultado de algún modo el ritmo de trabajo:

- Diversidad de factores que integran los fenómenos sociales. En las realidades sociales intervienen muchas variables, factores, dimensiones, etc. Variables y factores que interactúan y se condicionan entre si, como puede ser en este caso características clínicas y personales con el tipo de demanda. Por este motivo es bastante complicado estudiar a la vez todos los factores y sus interrelaciones, y hay que escoger aquellos factores más significativos y representativos.
- Los fenómenos sociales evolucionan, cambian, en el espacio y en el tiempo, lo que dificulta para establecer regularidades y generalizaciones.
- A la hora de observar y recoger información, es evidente la influencia del investigador, como puede ser en la selección de lo que se observa, en el momento en que la observa, en la organización de los datos, en su interpretación, en la difusión de los datos, etc. Todo ello lleva a pensar que la realidad social puede ser alterada durante el proceso de investigación.
- Del mismo modo, el investigador puede influir en los pacientes atendidos en el Servicio de Trabajo Social, de este modo los usuarios se pueden

¹⁵ GALAN, M. (2010), *Metodología de la investigación*.

sentir coaccionados, intimidados, sugestionados, etc. ante la presencia de este, lo que puede llevar a que no expresen de una forma abierta su demanda o situación problema.

- Los datos obtenidos para la realización del contexto geográfico, político y social del barrio donde se desarrolla la investigación, parte de ellos se han adquiridos a partir del *Censo de Población y Vivienda* en Aragón del 2001, lo que conlleva a tener unos datos e información en algunos caos muy poco exacta, realista y actual. Esto se debe a que no hay datos más actuales, ya que el Censo de Población y Vivienda se realizan cada 10 años y es a final del 2012 cuando se actualizaran los datos.
- Los datos recogidos en la consulta del Servicio de Trabajo Social son muy restringidos, ya que el periodo de tiempo es muy limitado, en lugar de ser un año entero, solo se han podido obtener datos del tiempo de estancia de prácticas.
- Se han eliminado los registros de los meses septiembre y enero por estar incompletos.

8.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

8.1. Documentación.

- Ander Egg Ezequiel. *Metodología del Trabajo Social*. Editorial El Ateneo. Tercera edición. Barcelona, 1982.
- Cruz Videgain Mas y A. Ituarte Tellaeché. *El Trabajador Social en Atención Primaria*. Volumen 3. Numero 6. junio-julio 1995.
- Dolors Colom Masfret. "El *trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*". Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS). Junio 2010
- De Robertis, Cristina. *Metodología de la Intervención en Trabajo Social*. Editorial El Ateneo. Argentina, 1988.
- DEOBOLD, B, DALEN, V., y MELLER, W. J., *Manual de técnica de la investigación educacional. Estrategia de la investigación Descriptiva*.
- ENRIQUEZ, N. ABAD, JM. ABAD, MJ. (2010) *Atención primaria Aragón (2010)*. 2011: Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.
- Escarpín Caparrós (1992): *Manual de Trabajo Social (Modelos de práctica profesional)*. Aguaclara. Alicante. (pp. 134–144).
- Kisnerman, Natalio. *Salud pública y Trabajo Social*. Editorial Humanitas, Argentina 1990
- M^a Concepción Abreu Velázquez."El *Trabajo Social Sanitario en la Atención Primaria de Salud*". vol 3, nº 2 – sep 2009.
- MACIONIS y PLUMMER. *Manual de Sociología, Capitulo 3 Hacer ciencia social: una introducción al método*. 3º Edición. Madrid 2008.

- Cartera de Servicios de Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa. 2001, Madrid.
- Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de Aragón. Mayo 2010
- Guía de Recursos sociales. Instituto Aragonés de Estadística. Zaragoza julio 2010.
- PRESUPUESTO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN 2011. Gobierno de Aragón. Departamento de económica, hacienda y empleo.
- *Informe del estado de salud de la población aragonesa, sus determinantes y las actuaciones del departamento de salud y consumo 2010*. Síntesis de resultados. Octubre 2010.

8.2. Web-grafía

- <http://portal.aragob.es/isspmuser/indice.jsp>
- http://www.encyclopedia-aragonesa.com/voz.asp?voz_id=1347
- <http://redaragonesaproyectospromocionsalud.blogspot.com>
- GALAN, M. (2010), *Metodología de la investigación*, <http://manuelgalan.blogspot.com/2010/02/justificacion-y-limitaciones>

8.3. Legislación.

- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- REAL DECRETO 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

9. ANEXOS.

9.1. Apendice de gráficas.

- Gráfica Nº1: Población por edad y sexo en el Barrio de la Arrabal en el 2011.....30
- Gráfico Nº2: Evolución de la población en el Barrio Arrabal.....30
- Gráfico Nº3: Extranjeros según Nacionalidad.....32
- Gráfico Nº4: Países más Representativos de la población extranjera del barrio.....33
- Gráfico Nº5: Situación Laboral Arrabal-Zaragoza.....33
- Gráfico Nº6: Situación Laboral Arrabal.....34
- Gráfico Nº7: Rama de Actividad de las personas ocupadas.....34
- Gráfico Nº8: Grado de Formación de las personas de 16 o más años.....35
- Gráfico Nº9: Nº total de pacientes atendidos al mes.....46
- Gráfico Nº10: Sexo de los pacientes atendidos.....47
- Gráfico Nº11: Edades de los pacientes atendidos.....48
- Gráfico Nº12: Situación Laboral de las personas atendidas.....48
- Gráfico Nº13: Nacionalidad de las personas atendidas.....49
- Gráfico Nº14: Convivencia de las personas atendidas.....50
- Gráfico Nº15: Datos clínicos y Personales de las personas atendidas....51
- Gráfico Nº16: Personas que realizan la demanda de atención.....52
- Gráfico Nº17: Tipo de Demanda Realizada.....53
- Gráfico Nº18: Pacientes Atendidos Sin Cita Previa.....54
- Gráfico Nº 19: Pacientes Atendidos en su domicilio.....55
- Gráfico Nº20: Casos de seguimiento atendidos.....55

• Gráfico N°21: N° de casos atendidos Arrabal-Bombarda.....	59
• Gráfico N°22: Sexo de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.....	59
• Gráfico N°23: Edad de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.....	60
• Gráfico N°24: Situación Laboral de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.....	61
• Gráfico N°25: Nacionalidad de los pacientes atendidos Arrabal- Bombarda.....	62
• Gráfico N°26: Convivencia de los pacientes atendidos Arrabal- Bombarda.....	63
• Gráfico N°27: Datos Socio-sanitarios de los pacientes atendidos Arrabal- Bombarda.....	65
• Gráfico N°28: Personas que realizan la demanda Arrabal-Bombarda.....	66
• Gráfico N°29: Tipo de demanda realizada Arrabal-Bombarda.....	67
• Gráfico N°30: Personas atendidas sin cita previa Arrabal-Bombarda.....	68
• Gráfico N°31: Personas atendidas en el domicilio Arrabal-Bombarda....	68
• Gráfico N°32: Casos de seguimiento realizados Arrabal-Bombarda.....	69

9.2. Apéndice de tablas.

• Tabla nº 1: población por edad y sexo	92
• Tabla nº 2: Evolución de la población en el Barrio Arrabal.	92
• Tabla nº3: Extranjeros según Nacionalidad Arrabal-Zaragoza.....	92
• Tabla nº 4: países más representativos de la población extranjera en el barrio.	93
• Tabla nº 5: Situación laboral de los residentes en viviendas familiares (todas las edades).	93
• Tabla nº6: Empleo por rama de actividad de los ocupados.....	94
• Tabla nº7: Grado de formación de los residentes en viviendas familiares de 16 años ó más.	94
• Tabla nº 8: Número de pacientes atendidos.....	94

• Tabla nº 9: Sexo de los pacientes atendidos.	94
• Tabla nº 10: Edad de los pacientes atendidos.	94
• Tabla nº 11: Situación Laboral de las personas atendidas.	94
• Tabla nº 12: Nacionalidad de la población atendida.	95
• Tabla nº13: Convivencia de la población atendida.	95
• Tabla nº 14: Datos socio-sanitarios de las personas atendidas.	95
• Tabla 15: Personas que realizan la demanda de atención.	96
• Tabla 16: Tipo de demanda Realizada.	96
• Tabla 17: Personas atendidas sin cita previa.	96
• Tabla 18: Visitas a domicilio realizadas.	96
• Tabla 19: casos de seguimiento realizados.	96
• Tabla 20:Número de pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.....	97
• Tabla nº 21: Sexo de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.....	97
• Tabla nº 22: Edad de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.....	97
• Tabla nº 23: Situación Laboral de las personas atendidas Arrabal- Bombarda.	98
• Tabla nº 24: Nacionalidad de la población atendida Arrabal-Bombarda..	98
• Tabla nº25: Convivencia de la población atendida Arrabal-Bombarda....	99
• Tabla nº 26: Datos socio-sanitarios de las personas atendidas Arrabal- Bombarda.	99
• Tabla nº 27: Personas que realizan la demanda de atención Arrabal- Bombarda.	100
• Tabla nº 28: Tipo de demanda Realizada Arrabal-Bombarda.	100
• Tabla nº 29: Personas atendidas sin cita previa Arrabal-Bombarda.	100
• Tabla nº 30: Visitas a domicilio realizadas Arrabal-Bombarda.....	101
• Tabla nº 31: casos de seguimiento realizados.	101

9.3. Tablas Complementarias.

- Tabla nº 1: población por edad y sexo
- Tabla nº 2: Evolución de la población en el Barrio Arrabal.

Edad	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 a 4	2643	2462	5105
5 a 9	2514	2436	4950
10 a 14	1984	1800	3784
15 a 19	1724	1619	3343
20 a 24	1831	1818	3649
25 a 29	2436	2290	4726
30 a 34	3343	3277	6620
35 a 39	4282	4179	8461
40 a 44	4024	3693	7717
45 a 49	3137	2830	5967
50 a 54	2470	2514	4984
55 a 59	1992	2200	4192
60 a 64	1941	2086	4027
65 a 69	1641	1699	3340
70 a 74	1146	1234	2380
75 a 79	974	1364	2338
80 a 84	669	1091	1760
>84	457	933	1390
TOTAL	39208	39525	78733

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN EL BARRIO ARRABAL.	AÑO	POBLACIÓN
	2004	68.807
	2005	70.315
	2006	72.150
	2007	73.870
	2008	76.150
	2009	77.802
	2010	78.323
	2011	78.733

FUENTE: Datos del Censo de Población.

- Tabla nº3: Extranjeros según Nacionalidad Arrabal-Zaragoza.

EXTRANJEROS SEGÚN NACIONALIDAD								
	BARRIO ARRABAL				ZARAGOZA			
Continente	Personas (fi)	Fi	hi	%	Personas (fi)	Fi	hi	%
Europa	3.639	3.639	0,36	36%	42.757	42.757	0,40	40%
América	2.794	6.433	0,27	27%	24.753	67.510	0,23	23%
África	3.138	9.571	0,31	31%	34.322	101.832	0,32	32%
Asia	473	10.044	0,05	5%	6.334	108.166	0,06	6%
Oceanía	1	10.045	0	0%	19	108.185	0	0%
Apátridas	0	10.045	0	0%	49	108.234	0	0%
No consta	0	10.045	0	0%	0	108.234	0	0%
TOTAL (n)	10.045		1	100 %	108.234		1	100 %

FUENTE: Elaboración propia a partir del documento "Datos Demográficos Oficiales del 20011"

- Tabla nº 4: países más representativos de la población extranjera en el barrio.

PAISES MÁS REPRESENTATIVOS	
PAISES	TOTAL
Rumania	2680
Ecuador	1089
Marruecos	856
Colombia	663
Senegal	440
China	380
Ghana	358
Argelia	295
Portugal	227
Perú	203
TOTAL	7191

FUENTE: Datos del Censo de Población.

- Tabla nº 5: Situación laboral de los residentes en viviendas familiares (todas las edades).

SITUACIÓN LABORAL DE LOS RESIDENTES EN VIVIENDAS FAMILIARES									
		ZARAGOZA				BARRIO ARRABAL			
		Personas	Fi	hi	%	Personas	Fi	hi	%
ACTIVOS	Ocupados	360.930	360.930	0,42	42%	53.855	53.855	0,46	46%
	Parados	44761	405.691	0,05	5%	6.980	60.835	0,06	6%
INACTIVOS	Estudiantes	155.381	561.072	0,18	18%	23.927	84.762	0,20	20%
	Pensionistas	158.311	719.383	0,18	18%	13.115	97.877	0,11	11%
	Otras situaciones	134.482	853.865	0,16	16%	17.711	115.588	0,15	15%
TOTAL		853.865		1	100%	115.588		1	100%

FUENTE: Elaboración propia a partir Censo de Población, año 2011

- Tabla nº 6: Empleo por rama de actividad de los ocupados

EMPLEO POR RAMA DE ACTIVIDAD DE LOS OCUPADOS DE 16 AÑOS Ó MÁS RESIDENTES EN VIVIENDAS FAMILIARES.		
Agricultura, ganadería y pesca	421	0,8
Industria y energía	14.369	26,7
Construcción	4.216	7,8
Servicios	34.834	64,7
TOTAL	53.840	100,0

- Tabla nº 7: Grado de formación de los residentes en viviendas familiares de 16 años ó más.

GRADO DE FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN VIVIENDAS FAMILIARES DE 16 AÑOS Ó MÁS.		
Analfabetos	921	1,1
Sin estudios	6.379	7,9
Primer grado	16.557	20,4
Segundo grado	45.378	55,9
Tercer grado	11.985	14,8
TOTAL	81.220	100,0

FUENTE: Elaboración propia a partir Censo de Población, año 2011

- Tabla nº 8: Número de pacientes atendidos.
- Tabla nº 9: Sexo de los pacientes atendidos.

MES	Nº TOTAL PACIENTES	%
Octubre	75	42%
Noviembre	68	38%
Diciembre	35	20%
TOTAL	178	100%

SEXO	Nº TOTAL PACIENTES	%
Mujeres	99	56%
Hombres	77	44%
TOTAL	178	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla nº 10: Edad de los pacientes atendidos.
- Tabla nº 11: Situación Laboral de las personas atendidas.

EDAD	Nº TOTAL PACIENTES	%
Menores 0-18	5	3%
Joven 19-30	11	6%
Adulto 31-42	41	23%
Veterano 43-65	56	32%
Sénior 66-80	25	14%
2 Sénior +81	38	22%
TOTAL	178	100%

OCUPACION	Nº TOTAL PACIENTES	%
Ocupado	42	24%
Desempleo	41	23%
Baja Laboral	9	5%
Pensionista	79	45%
Formación	6	3%
TOTAL	178	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla nº 12: Nacionalidad de la población atendida.

ORIGEN	Nº TOTAL PACIENTES	%
Español	159	89%
Argentino	2	1%
Rumania	7	4%
Marruecos	1	0%
Senegal	4	2%
Ecuador	2	1%
Perú	3	2%
Republica Dominicana	1	1%
TOTAL	178	100%

- Tabla nº13: Convivencia de la población atendida.

CONVIVENCIA	Nº TOTAL PACIENTES	%
Soltero	39	22%
Solo-Hijos	15	8%
Pareja	45	25%
Pareja con Hijos	28	16%
Familiar	40	23%
Otros	11	6%
TOTAL	178	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla nº 14: Datos socio-sanitarios de las personas atendidas.

DATOS CLÍNICOS Y PERSONALES	TOTAL
Salud Mental	24
Problemas Convivencia	24
IVE	4
Acoso Laboral	11
Violencia de Género	17
Tóxicos	3
Farmacéuticos	11
Problemas de Salud	17
Discapacidad	50
Suicidios	1
Cargas Familiares	5
Dependencia	40
Problemas de Recursos	37
Tele-Asistencia y SAD	20
Revisiones	9

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla 15: Personas que realizan la demanda de atención.

DEMANDANTE	Nº PERSONAS	%
Interesado	124	70%
Familiar	50	28%
Servicios Sociales	0	0%
Profesional del Centro de Salud	4	2%
TOTAL	178	100%

- Tabla 16: Tipo de demanda Realizada.

DEMANDAS	Nº CASOS	%
Información Y Orientación	39	22%
Subvención Fármacos	11	6%
Seguimiento	22	12%
GESTION Y TRAMITE (Discapacidad y Dependencia)	51	29%
AYUDA Y APOYO (Emocional y Económico)	36	20%
Reclamaciones	8	5%
Agradecimientos	0	0%
Subvención Ortopedia	7	4%
Visita A Domicilio	3	2%
TOTAL	178	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla 17: Personas atendidas sin cita previa.

	Nº CASOS	%
Sin Cita Previa	12	7%
Previa Citación	166	93%
TOTAL	178	100%

- Tabla 18: Visitas a domicilio realizadas.

	Nº CASOS	%
Visitas A Domicilio	3	2%
Visitas En Consulta	175	98%
TOTAL	178	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla 19: casos de seguimiento realizados.

	Nº CASOS	%
Seguimiento	22	12%
Primera Visita	156	88%
TOTAL	178	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla 20: Número de pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.

	BARRIO ARRABAL		BARRIO BOMBARDA-MONSALUD	
MES	Nº TOTAL PACIENTES	%	Nº TOTAL PACIENTES	%
Octubre	75	42%	38	19%
Noviembre	68	38%	99	51%
Diciembre	35	20%	60	30%
TOTAL	178	100%	197	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla nº 21: Sexo de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.

	BARRIO ARRABAL		BARRIO BOMBARDA-MONSALUD	
	Nº TOTAL PACIENTES	%	Nº TOTAL PACIENTES	%
Mujeres	99	56%	117	59%
Hombres	77	44%	80	41%
TOTAL	178	100%	197	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla nº 22: Edad de los pacientes atendidos Arrabal-Bombarda.

	BARRIO ARRABAL		BARRIO BOMBARDA-MONSALUD	
EDAD	Nº TOTAL PACIENTES	%	Nº TOTAL PACIENTES	%
Menores 0-18	5	3%	2	1%
Joven/Adulto 19-30	11	6%	13	7%
Adulto 31-42	41	23%	26	13%
Veterano 43-65	56	32%	69	48%
Sénior 66-80	25	14%	47	24%
2 Sénior +81	38	22%	40	20%
TOTAL	178	100%	197	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla nº 23: Situación Laboral de las personas atendidas Arrabal-Bombarda.

	BARRIO ARRABAL		BARRIO BOMBARDA-MONSALUD	
OCUPACION	Nº TOTAL PACIENTES	%	Nº TOTAL PACIENTES	%
Ocupado	42	24%	20	10%
Desempleo	41	23%	38	19%
Baja Laboral	9	5%	26	13%
Pensionista	79	45%	108	55%
Formación	6	3%	5	3%
TOTAL	178	100%	197	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla nº 24: Nacionalidad de la población atendida Arrabal-Bombarda.

	BARRIO ARRABAL		BARRIO BOMBARDA-MONSALUD	
ORIGEN	Nº TOTAL PACIENTES	%	Nº TOTAL PACIENTES	%
Español	159	89%	172	86%
Argentino	2	1%	0	0%
Rumania	7	4%	16	8%
Marruecos	1	1%	1	1%
Senegal	4	2%	0	0%
Ecuador	2	1%	2	1%
Perú	3	2%	0	0%
Republica Dominicana	1	1%	0	0%
Francia	0	0%	1	1%
Cuba	0	0%	1	1%
Colombia	0	0%	4	2%
TOTAL	178	100%	197	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla nº 25: Convivencia de la población atendida Arrabal-Bombarda.

	BARRIO ARRABAL		BARRIO BOMBARDA-MONSALUD	
CONVIVENCIA	Nº TOTAL PACIENTES	%	Nº TOTAL PACIENTES	%
Soltero	39	22%	48	24%
Solo-Hijos	15	8%	18	9%
Pareja	45	25%	72	37%
Pareja con Hijos	28	16%	40	20%
Familiar	40	23%	16	8%
Otros	11	6%	3	2%
TOTAL	178	100%	197	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla nº 26: Datos socio-sanitarios de las personas atendidas Arrabal-Bombarda.

	BARRIO ARRABAL		BARRIO BOMBARDA-MONSALUD	
DATOS CLÍNICOS Y PERSONALES	TOTAL	%	TOTAL	%
Salud Mental	24	13%	59	30%
Problemas Convivencia	24	13%	50	25%
IVE	4	2%	1	1%
Acoso Laboral	11	6%	0	0%
Violencia de Género	17	9%	3	2%
Tóxicos	3	1%	21	11%
Farmacéuticos	11	6%	12	6%
Problemas de Salud	17	9%	27	14%
Discapacidad	50	28%	78	40%
Suicidios	1	0%	4	2%
Cargas Familiares	5	2%	1	1%
Dependencia	40	22%	56	28%
Problemas De Recursos	37	21%	22	11%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla 27: Personas que realizan la demanda de atención Arrabal-Bombarda.

	BARRIO ARRABAL		BARRIO BOMBARDA-MONSALUD	
DEMANDANTE	Nº PERSONAS	%	Nº PERSONAS	%
Interesado	124	70%	126	64%
Familiar	50	28%	45	23%
Servicios Sociales	0	0%	6	3%
Profesional del Centro de Salud	4	2%	20	10%
TOTAL	178	100%	197	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla 28: Tipo de demanda Realizada Arrabal-Bombarda.

	BARRIO ARRABAL		BARRIO BOMBARDA-MONSALUD	
DEMANDAS	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%
Información Y Orientación	39	22%	77	38%
Subvención Fármacos	11	6%	12	6%
Seguimiento	22	12%	11	6%
GESTION Y TRAMITE (Discapacidad y Dependencia)	51	29%	19	9%
AYUDA Y APOYO (Emocional y Económico)	39	20%	66	33%
Reclamaciones	8	5%	1	1%
Agradecimientos	0	0%	6	3%
Subvención Ortopedia	7	4%	7	4%
TOTAL	178	100%	197	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla 29: Personas atendidas sin cita previa Arrabal-Bombarda.

	BARRIO ARRABAL		BARRIO BOMBARDA-MONSALUD	
	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%
Sin Cita Previa	12	7%	25	13%
Prevía Citación	166	93%	172	87%
TOTAL	178	100%	195	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla 30: Visitas a domicilio realizadas Arrabal-Bombarda.

	Barrio Arrabal		Barrio Bombarda-Monsalud	
	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%
Visitas a Domicilio	3	2%	8	4%
Visitas en Consulta	175	98%	189	96%
TOTAL	178	100%	197	100%

FUENTE: Elaboración propia.

- Tabla 31: casos de seguimiento realizados.

	Barrio Arrabal		Barrio Bombarda-Monsalud	
	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%
Seguimiento	22	12%	41	21%
Primera Visita	156	88%	156	79%
Total	178	100%	197	100%

FUENTE: Elaboración propia.